Aus dem Institut für Perinatale Medizin
der Freien Universität Berlin
Abteilung für Geburtsmedizin der Frauenklinik Berlin-Neukölln
Leiter des Institutes und Chefarzt der Abteilung:
Prof. Dr. med. E. Saling

GEBURTEN IN LÄNDLICHEM GEBIET

DAS VERHALTEN VON AUF DEM LANDE LEBENDEN FRAUEN WÄHREND SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von: Stephan Deutsch
aus: München

1986

Aus dem Institut für Perinatale Medizin
der Freien Universität Berlin
Abteilung für Geburtsmedizin der Frauenklinik Berlin-Neukölln
Leiter des Institutes und Chefarzt der Abteilung:
Prof. Dr. med. E. Saling

G E B U R T E N I N L Ä N D L I C H E M G E B I E T

DAS VERHALTEN VON AUF DEM LANDE LEBENDEN FRAUEN WÄHREND SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von: Stephan Deutsch
aus: München

Referent: Prof. Dr. med. E. Saling

Korreferent: Prof. Dr. med. H. Weitzel

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 10. 6. 86

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
	VORBEMERKUNG	8
I.	EINLEITUNG	11
1.	Geburtshilfe auf dem Land im Jahr 1960	11
2.	Aktueller Stand der Schwangerenvorsorge	15
2.1.	Mutterpaß	15
2.2.	Untersuchungsmethoden	16
2.3.	Aufklärung, Risikofaktoren, Ernährungsfragen	17
3.	Technische geburtshilfliche Methoden	18
3.1.	Geburtseinleitung - Programmierte Geburt	18
3.2.	Geburtsüberwachung	20
3.3.	Gebärhaltung	20
3.4.	Analgesie	21
3.5.	Operative Entbindungsmethoden	22
3.6.	Postpartuale Versorgung des Neugeborenen	23
4.	Natürliche Geburt	24
4.1.	Psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung	26
4.2.	Sanfte Geburt	27
4.3.	Frauenbewegung - Kritik der Geburtshilfe	27
4.4.	Hausgeburt	28
4.5.	Ambulante Geburt	29
4.6.	Sensible Phase nach der Geburt	30
4.7.	Stillen	30
4.8.	Rooming-in	31
4.9.	Anwesenheit des Vaters während der Geburt	32

		Seite
II.	ZIELE DER UNTERSUCHUNG	33
1.	Persönliche Daten	33
2.	Informationsstand	33
3.	Informationsquellen	34
4.	Geburtsvorbereitung	34
5.	Geburtshilfliche Methoden - Kritik - Wünsche bei künftigen Geburten	34
6.	Verhalten der Gebärenden	35
7.	Hausfrau/Landwirtin - gesonderte Betrachtung	36
III.	MATERIAL UND METHODE	37
1.	Patienten	37
2.	Fragebogen	38
3.	Auswertung	39
IV.	ERGEBNISSE	41
1.	Persönliche Daten	42
1.1.	Alter	42
1.2.	Familienstand	43
1.3.	Parität	44
1.4.	Schulbildung	44
1.5.	Berufsausbildung	45
1.6.	Beschäftigung	46
2.	Informationsstand	47
2.1.	Bekanntheitsgrad der einzelnen Fragen	47
2.2.	Wissensstand der Frauen	51
3.	Informationsquellen zur Geburtsvorbereitung	51
3.1.	Massenmedien	51
3.2.	Information durch Ärzte und medizinisch ausgebildete Personen	52
3.3.	Information durch nicht medizinisch ausgebildete Personen	53
3.4.	Vorträge, Säuglingspflegekurse	54

		Seite
3.5.	Information durch Geburten	54
3.6.	Weitere Informationsmöglichkeiten	55
4.	Persönliche Geburtsvorbereitung	55
4.1.	Schwangerschaftsgymnastik - Atemtechnik	55
4.2.	Änderung der Lebensweise	56
4.3.	Schwangerschaftsvorsorgeunter	56
4.4.	Skala zur Geburtsvorbereitung	58
4.5.	Wunsch nach besserer Geburtsvorbereitung bei künftiger Geburt	59
5.	Geburtshilfliche Methoden, Einschätzung des Geburtsverlaufes, Wunsch bei künftigen Geburten	60
5.1.	Einleitung der Geburt	60
5.2.	Eröffnungsphase	62
5.3.	Austreibungsphase - Gebärlage	64
5.4.	Technische Geräte	65
5.5.	Operative Entbindungsmethoden	66
5.6.	Analgesie	68
5.7.	Schmerzempfindung	71
5.8.	Atmosphäre im Kreißsaal	73
5.9.	Anwesenheit des Partners	74
5.10.	Lage des Kindes post partum	77
5.11.	Stillen	80
5.12.	Rooming-in	81
5.13.	Ambulante Entbindung	84
5.14	Hausgeburt	85
6.	Verhalten der Mutter während der Geburt	86
7.	Kollektiv Hausfrau/Landwirtin	90
7.1.	Informationsstand	90
7.2.	Geburtsvorbereitung	91
7.3.	Wunsch nach besserer Vorbereitung auf eine künftige Geburt	91
7.4.	Schwangerschaftsvorsorge	92

		Seite
7.5.	Anwesenheit des Vaters bei der Geburt	92
7.6.	Wunsch nach Anwesenheit des Vaters bei künftiger Geburt	93
7.7.	Stillen	93
7.8.	Rooming-in	94
7.9.	Wunsch nach Rooming-in bei künftiger Geburt	94
7.10	Anzahl der Frauen, die keine Analgetika erhielten	95
7.11.	Schmerzempfindung der Frauen während der Entbindung	95
7.12.	Verhalten der Mutter während der Entbindung	96
V.	DISKUSSION	97
1.	Persönliche Daten	97
2.	Informationsstand	98
3.	Informationsquellen	99
4.	Geburtsvorbereitung	99
5.	Geburtshilfliche Methoden	101
5.1.	Geburtseinleitung	101
5.2.	Operative Entbindungsmethoden	104
5.3.	Position der Frau während der Entbindung	105
5.4.	Analgesiemethoden	107
6.	Beurteilung des Geburtsverlaufes durch die Wöchnerin	111
7.	Natürliche Geburt	112
7.1.	Entbindung nach Leboyer	112
7.2.	Sensible Phase nach der Geburt	114
7.3.	Anwesenheit des Vaters bei der Geburt	115
7.4.	Stillen	117
7.5.	Rooming-in	119
7.6.	Hausgeburt - ambulante Geburt	120

		Seite
8.	"Unentschiedene" Antworten	121
9.	Kollektiv Hausfrau/Landwirtin	122
10.	Abschließende Gedanken	124
VI.	ZUSAMMENFASSUNG	128
VII.	ANHANG	
	LITERATURVERZEICHNIS	132
	FRAGEBOGEN Teil I	145
	FRAGEBOGEN Teil II	155
	DANKSAGUNG	158
	LEBENSLAUF	159

VORBEMERKUNG

Das Leben auf dem Land, das Leben der Landbevölkerung, hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt.

Noch bis Anfang der 60iger Jahre war die bäuerliche Großfamilie, die mit Familienmitgliedern aus 2-3 Generationen und mit ihren Dienstboten lebte, der soziale Rahmen für die meisten Menschen auf dem Land. Diese Großfamilie stellte eine nahezu autarke Gemeinschaft dar, deren Lebensraum meist begrenzt auf das Dorf und dessen nahe Umgebung war. Nahrungsmittel, Getränke, Textilien, Kleidung, Hausrat, landwirtschaftliche Gerätschaften, Brenn- und Baumaterialien und vieles mehr, wurden selbst erzeugt und verarbeitet.

Der Rhytmus der Natur gab an, welche Arbeiten zu tun waren. Das Leben von Mensch und Tier richtete sich fast ausschließlich nach der Jahreszeit und dem Wetter. Die Natur war allgegenwärtig und durchdrang alle Bereiche des Landlebens. Naturgesetze, wie der Lauf des Jahres, der Lauf des menschlichen Lebens, Geburt und Tod, waren den Menschen vertraut und wurden in den Familien gemeinsam erfahren.

Diese Lebensform ist heute auf dem Land so gut wie nicht mehr anzutreffen. Die Großfamilie ist der Kleinfamilie gewichen. Der Fortschritt der Technik brachte den Bauern Maschinen für fast alle Arbeitsbereiche. Durch das Fernsehen dringt "der Duft der großen, weiten Welt" auch in den hintersten Winkel des kleinsten Dorfes. Alte Sitten und Gebräuche geraten mehr und mehr in Vergessenheit.

Auf den Dörfern, vor allem in Stadtnähe, finden immer mehr Städter Heimat. Sie schätzen das naturnahe Leben und genießen den größeren Freiraum. Die meisten dieser Familien verfügen über wenigstens einen Pkw. So lassen sich die Entfernungen zum Arbeitsplatz, zu größeren Einkaufsmöglich-

keiten, Behörden und Ärzten gut bewältigen. Die Kinder werden mit Bussen zum Kindergarten und in die Schulen befördert. Nicht zuletzt sind es auch die günstigen Grundstückspreise und niedrigen Baukosten, die in zunehmendem Maße Stadtleute auf das Land bringen. So finden wir heute kaum noch reine Baunerndörfer. Zumeist herrscht eine gemischte Bevölkerung, zusammengesetzt aus Landwirten, Handwerkern, Arbeitern und Angestellten vor.

Die alteingesessene Landbevölkerung orientiert sich zunehmend am Lebensstil der städtischen Nachbarn. Man kleidet sich wie diese, wohnt nach Möglichkeit auch in modernen Neubauten, die sich kaum von Zweifamilienhäusern in den Vororten der Städte unterscheiden. Die Vielfalt von Pflanzenbau und Tierzucht auf den Höfen ist dem Anbau in Monokulturen und der Spezialisierung der Landwirte gewichen. Die Kinder erhalten eine längere und qualifiziertere Schulbildung, und sind somit besser auf den Eintritt in das Berufsleben außerhalb des elterlichen Betriebes vorbereitet. Die Bauernhöfe bieten wenigen Menschen Arbeitsplatz und Verdienstmöglichkeit. Mehr und mehr Höfe werden aufgegeben oder aus wirtschaftlichen Erwägungen in Nebenerwerbsbetriebe umgewandelt. Der Bauer geht zusätzlich arbeiten. Dadurch übernehmen die Landfrauen, neben der Kindererziehung und der Versorgung des Haushaltes, immer mehr Arbeiten auf dem Hof, die früher den Männern vorbehalten waren. Beherrscht die Bäuerin die technischen Hilfsmittel und Maschinen, so ist sie in der Lage, den Hof größtenteils selbständig zu versorgen.

Der Wandel der bäuerlichen Lebens- und Kulturform vollzieht sich ebenso wie der Wandel der Bevölkerungsstruktur auf den Dörfern, unaufhaltsam und tiefgreifend. Geblieben ist jedoch die Abhängigkeit von der Natur bzw. die Naturverbundenheit der Landbevölkerung.

Hat diese Verbindung zur Natur - durch ihr ständiges Erleben im Alltag - Auswirkungen und Einfluß auf das Verhalten von Frauen, welche auf dem Lande leben, wenn sie ihre "naturgemäße Bestimmung" erfüllen? Hat sie Auswirkungen auf das Verhalten dieser Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett? Diese Frage ist Gegenstand der nachfolgenden Untersuchung mit dem Thema:

Geburten in ländlichem Gebiet - das Verhalten von auf dem Lande lebenden Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

I. EINLEITUNG

1. Geburtshilfe auf dem Land im Jahr 1960

Am Beispiel des Hebammenbezirkes Michelsneukirchen bei Roding im Landkreis Cham wird ein Einblick in die Geburtshilfe auf dem Lande gegeben, wie sie im Jahr 1960 in diesem Bezirk praktiziert wurde.

Einer Hebamme oblag die Betreuung eines festen Bezirkes. In diesem war sie für die perinatale Versorgung verantwortlich und betreute alle Gebärenden und Wöchnerinnen. Die Hebamme von Michelsneukirchen arbeitete in einem Umkreis von 25 km um ihren Wohnort. Im Jahr 1960 hat sie 70 Geburten geleitet und nachbetreut.
Ihre Arbeit verrichtete die Hebamme unter heute fast undenkbaren Voraussetzungen. Größtenteils war sie zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs. Erst in späteren Jahren gelangte sie mit einem Moped oder Auto zu ihren Patientinnen. Die Wege waren weit, bis zu mehrere Stunden Gehzeit waren gerade im Winter keine Seltenheit.
Benachrichtigt und abgeholt wurde die Hebamme durch Angehörige oder Nachbarn der schwangeren Frau. Gab es keine telefonischen Verbindungen, wurden Boten losgeschickt, die Hebamme zu holen, wenn bei der Schwangeren die Wehen einsetzten. Während der Schwangerschaft bestand wenig oder auch gar kein Kontakt zwischen Patientin und Hebamme. Hatte eine Frau während der Schwangerschaft Beschwerden, so wurde der Hausarzt konsultiert. Ihm oblag dann die Betreuung der Schwangeren.
Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen waren zu dieser Zeit noch nicht üblich. Häufig wurde nicht einmal die Schwangerschaft vom Arzt festgestellt. Spätestens, wenn nach mehrmaligem Ausbleiben der Monatsblutung der Leibesumfang der

Frauen zunahm, wußten sie und ihre Männer Bescheid darüber, "was los war". Meist gingen die Frauen bis zum Einsetzen von regelmäßigen, stärkeren Wehen ihrer gewohnten Tätigkeit nach.
Kam die Hebamme zu ihrer Patientin, orientierte sie sich durch eine erste Untersuchung über den Stand der Geburt. Wehentätigkeit und -stärke wurden durch das Auflegen der flachen Hand auf den Bauch der Schwangeren erfaßt und beurteilt. Die fetalen Herztöne wurden mit dem Holzstethoskop auskultiert. Zur Feststellung der Lage des Kindes und Höhe und Art des vorangehenden Teiles wurden die Leopold´schen Handgriffe angewandt. Weite und Beschaffenheit der Portio sowie Einstellung des kindlichen Kopfes wurden durch rektale Untersuchung bestimmt. Die vaginale Untersuchung durfte nur vom Arzt vorgenommen werden.
Hatte die Hebamme nun einen Überblick über den Stand der Geburt, bereitete sie mit der Familie der Patientin die häusliche Umgebung vor. So mußte häufig erst der Herd geschürt werden,um einen warmen Raum und heißes Wasser zur Verfügung zu haben. Das Bett wurde frisch bezogen und für die Geburt vorbereitet. Ein Platz zur Erstversorgung des Neugeborenen wurde gerichtet. Nicht selten mußte erst einmal der gröbste Schmutz beseitigt werden, um danach die Vorbereitungen zur Geburt treffen zu können. Hatte die Hebamme keine weiteren Patientinnen zu betreuen, blieb sie nun ohne Unterbrechung bis nach der Entbindung und Versorgung des Neugeborenen bei der Frau. 17-20 Stunden Geburtsdauer und somit Dienstzeit waren keine Seltenheit.

Es gab für die Hebamme wenig Möglichkeiten,in den Verlauf einer Geburt einzugreifen. Sie beobachtete die Frau und beurteilte Puls, Atmung, Hautfarbe, Schmerzverhalten, Wehentätigkeit, fetale Herztöne, die Portio und das abgehende Fruchtwasser.
Um die Wehentätigkeit anzuregen wurden Wärmflaschen auf den

Bauch gelegt, Einläufe oder nach Möglichkeit heiße Sitzbäder angewandt, oder die wechselnde Seitenlagerung durchgeführt.

Im Notfall, das bedeutete bei Wehenschwäche, Abfallen der fetalen Herztöne, mechanischen Hindernissen, Geburtsstillstand, Mehrlingsgeburten, Blutungen, Dammriß, schlechtem Allgemeinzustand der Mutter oder des Kindes und bei starken Schmerzzuständen der Gebärenden, wurde der Hausarzt gerufen. Auch seine Arbeitsbedingungen in diesen Notfallsituationenkönnen sich Geburtshelfer von heute kaum vorstellen. Im Hause der Patientin wurden äußere Wendungen vorgenommen, Geburten mit der Zange beendet, Nachtastungen nach unvollständiger Plazentalösung vorgenommen und Damm- Vagina- und Zervixrisse versorgt. An den stabilsten Tisch des Hauses wurden Beinstützen geschraubt - fertig war der Operationstisch. Alles benötigte Instrumentarium, einschließlich der Beinstützen, brachte der Arzt mit. Durch schlechte Lichtverhältnisse wurde das Arbeiten zusätzlich erschwert. In vielen Häusern gab es keinen Strom. Petroleumleuchten und Kerzen stellten die Lichtquellen für operative Eingriffe dar. Narkosen wurden mit Äther und Trichloräthylen durchgeführt. Dammrisse wurden von der Hebamme nach Möglichkeit geklammert, um zu vermeiden, daß der Arzt gerufen werden mußte. Einweisungen in das nächstgelegene Krankenhaus wurden nur in äußerst seltenen Fällen vorgenommen. Die weiten Entferungen und schlechten Transportmöglichkeiten machten eine Einweisung im Notfall oft unmöglich. Bei einer Regelgeburt vermied man wegen der hohen Kosten den Krankenhausaufenthalt. Der größte Teil der Landbevölkerung war im Jahr 1960 noch nicht gegen die Kosten im Krankheitsfall versichert.

Die Hebamme erhielt für eine Geburtsleitung und die Nachbetreuung im Wochenbett DM 28,- bis DM 36,-. Diese Summe konnte von manchen Familien nur schwer oder gar nicht auf-

gebracht werden. In einigen Fällen wurde erst dann bezahlt, wenn die Hebamme erneut zu einer Geburt in die Familie gerufen wurde.

Darstellung der geburtshilflichen Daten des Jahres 1960 - Tagebuch der Hebamme Albine Schmidbauer, Michelsneukirchen, Landkreis Cham:

- 70 Geburten
- 65 Hausgeburten
- 5 Krankenhauseinweisungen
- 15 Injektionen zur Wehenstimulation (vom Arzt verabreicht)
- 4 Dammnähte
- 2 äußere Wendungen
- 1 Nachtastung nach unvollständiger Plazentalösung
- 1 Totgeburt nach Nabelschnurumschlingung
- 66 Frauen stillten ihre Kinder (in 3 Fällen keine Angaben)
- 67 Frauen im Wochenbett waren ohne Erkrankung (in 3 Fällen keine Angaben)
- 66 Kinder waren in den ersten 7 Lebenstagen ohne Erkrankung (in 3 Fällen keine Angaben)
- 2 Patientinnen wurden auch nach Krankenhausentbindung von der Hebamme im Wochenbett betreut.

2. Aktueller Stand der Schwangerenvorsorge

2.1. Mutterpaß

Im Jahr 1956 lag die Säuglingssterblichkeit in der BRD noch bei 38,9/1000 Lebendgeborene, im Jahr 1980 war sie auf 12,4/1000 Lebendgeborene gesunken. Wesentlichen Anteil an der Reduzierung der Säuglingssterblichkeit trägt die verstärkte Schwangerenvorsorge.

Die Krankenkassen erkannten 1966 die Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren als zu honorierende Leistung an. Im Jahre 1968 wurde der Mutterpaß einheitlich in der BRD eingeführt (Tietze 1979). Durch regelmäßige Untersuchungen und Dokumentation der Ergebnisse -angestrebt ist eine Zahl von 10 Untersuchungen- sollten die besonders gefährdeten Schwangerschaften herausgefunden werden, um eine intensive Betreuung von Risikopatientinnen zu gewährleisten.

Die Überwachung erfolgt durch den Hausarzt und den Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Bei Feststellung einer Gravidität wird die genaue Anamnese erhoben. Es werden vorausgegangene Geburten und verschiedene Parameter zur Diagnose einer Risikoschwangerschaft erfaßt. Schwangerschaftswoche, Fundusstand, Kindslage, fetale Herztöne, Oedeme, Varikosis, Gewichtszunahme, Blutdruck, Urinbefund, Hämoglobinwert und vaginaler Untersuchungsbefund werden erhoben und im Mutterpaß vermerkt. Außerdem werden Ultraschall- und Cardiotokographische Befunde sowie Blutgruppenmerkmale, Rötelntestergebnis und weitere serologische Untersuchungsbefunde vermerkt.

2.2. Untersuchungsmethoden

Zu jeder Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftvorsorge gehört eine sorgfältige Anamnese und eine eingehende körperliche Untersuchung. Wichtig ist die regelmäßige Bestimmung aller Untersuchungsbefunde, wie sie im Mutterpaß aufgeführt sind.

Mit der Einführung der Ultraschalluntersuchung während der Schwangerschaft ist es möglich geworden, Informationen über Größe und Reifezustand des Feten, über seine intrauterine Lage sowie über den Sitz der Plazenta zu erhalten. Bereits in der Frühschwangerschaft können Vitalitätszeichen wie die Herzaktion festgestellt werden, das definitive Erkennen einer Gravidität ist möglich, eine Blasenmole kann ausgeschlossen werden.

Nach den im Jahre 1980 in Kraft getretenen Mutterschaftsrichtlinien sollten während der Schwangerschaft zwei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. Die erste zwischen der 16.-20. Schwangerschaftswoche gibt Auskunft über das Bestehen einer Schwangerschaft, über das Schwangerschaftsalter und über die Möglichkeit einer Mißbildung. Neben der Bestimmung der Scheitel-Steiß-Länge, des Thoraxquerdurchmessers und des biparietalen Kopfdurchmessers sowie der Größe der Fruchthöhle können auch Einzelheiten beim Feten, wie Harnwege oder Wirbelsäule, gesehen werden (Schmidt W. 1981).Zwischen der 30.-36. Schwangerschaftswoche sollte die zweite Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden. Indikationen sind Verdacht auf intrauterine Retardierung, Hydramnion,Diabetes mellitus, drohender Abort und Lageanomalien (Müller-Holve 1981). Bei günstigen Untersuchungsbedingungen kann das Geschlecht des Feten bestimmt werden.

Zur Erkennung einer chronischen Plazentainsuffizienz in der Spätschwangerschaft werden verschiedene Methoden angewandt:

Im Serum werden die schwangerschaftsspezifischen Hormone HPL und Östriol bestimmt. Die Tendenz verschiedener in Abständen von Tagen bzw. Wochen bestimmter Werte hat Aussagekraft über Plazentafunktion und Zustand des Feten. Erniedrigte Werte zeigen meist eine Plazentainsuffizienz oder eine intrauterine Mangelentwicklung an (Bellmann 1983, Breckwoldt 1983).

Durch die Auswertung der Cardiotokogramme am Ende der Gravidität kann auf die metabolische und respiratorische Situation des Feten geschlossen werden. Beurteilungskriterien sind die Basalfrequenz, Oszillationen und Akzelerationen sowie Dezelerationen.

Mit Hilfe der Amnioskopie kann durch die Betrachtung des Fruchtwassers eine manifeste plazentare Insuffizienz erkannt werden. Intervalle von 48 Stunden zwischen zwei Untersuchungen bieten für das Kind ausreichende Sicherheit. Bei Nachweis von Mekonium im Amnion wird die Geburt eingeleitet. Durch die amnioskopische Überwachung der Spätschwangerschaft konnte die perinatale Mortalität deutlich vermindert werden (Saling 1962).

2.3. Aufklärung über Risikofaktoren, Ernährungsfragen

Neben der körperlichen Untersuchung der Patientin sollte immer Gelegenheit zum ausführlichen Gespräch gegeben sein. Die Aufklärung über den physiologischen Ablauf von Schwangerschaft und Geburt ist von großem Wert für den Abbau von Ängsten bei der Frau. Eine Ernährungsberatung sowie eine Aufklärung über den Einfluß von Noxen wie Nikotin, Alkohol und Drogen, darf nicht vernachläßigt werden.

Die Ernährung sollte ausgewogen sein, d. h. ausreichend Proteine und nicht zuviele Kohlehydrate enthalten. Der Bedarf an Vitaminen und Spurenelementen ist erhöht.

Die Einnahme von Medikamenten muß vorallem im ersten Drittel der Gravidität vermieden werden, da die Gefahr teratogener Schäden besteht.

Ein hohes Risiko stellt der Nikotinabusus dar. Regelmäßiger Konsum von täglich 20 Zigaretten führt zu einer Verdoppelung der Frühgeburtenrate. Es treten häufiger Präeclampsien auf, es besteht eine erhöhte perinatale Mortalität in Folge eines verminderten Geburtsgewichtes und fetaler Unreife. Ein Verzicht der schwangeren Frau auf Zigaretten- und Alkoholkonsum sollte unbedingt erreicht werden. Der Genuß von Alkohol hat in den letzten Jahren in der BRD stark zugenommen. War das Alkoholproblem früher vorallem in den unteren sozialen Schichten vorhanden, so kann heute auch ein Wohlstandsalkoholismus beobachtet werden. Beim Feten kann der Alkoholgenuß der Mutter zu geistiger und statomotorischer Retardierung,aber auch zu schweren Organmißbildungen führen (Mau 1977, Wenderlein 1979).

3. Technische geburtshilfliche Methoden

3.1. Geburtseinleitung - Programmierte Geburt

Mit den verfeinerten Untersuchungsmethoden ist es möglich geworden,einen für Mutter und Kind möglichst optimalen Geburtstermin festzulegen. Jedes Risiko soll vermieden werden. Wiederholte Untersuchungen des CTG, Hormonbestimmungen und Amnioskopien in der 39.-40. Woche der Schwangerschaft helfen den günstigsten Zeitpunkt zur Entbindung herauszufinden. Ist zudem die Portio geburtsbereit, kann die Geburt eingeleitet werden. Zur Orientierung bei der Einleitung wurde von Bishop eine Tabelle erstellt, die Stand, Länge, Konsistenz und Weite der Portio, sowie die Höhe des vorangehenden Teiles berücksichtigt. Ist die Portio geburtsbereit,wird die Fruchtblase eröffnet, und die Wehentätig-

keit durch eine Oxytocininfusion stimuliert.
Durch die Verabreichung von Prostaglandingel in den Zervixkanal können bei noch nicht geburtsbereiter Portio deren "Reifung" erreicht und Wehen ausgelöst werden (Ulmstein 1981). Die Behandlung mit Prostaglandingel reduzierte das Einleitungs-Entbindungs-Intervall, die Sectiorate, die Pyrexierate der Mütter und die Asphyxierate der Neugeborenen. Es ist auch möglich, die Prostaglandine oral oder intravenös zu verabreichen, um Wehen zu induzieren (Schneider H.P.G. 1983).

Die Einleitung der Geburt erfolgt in der Regel morgens. Zu diesem Zeitpunkt kommt die Schwangere ausgeruht und gut vorbereitet in den Kreißsaal. Die Personalsituation ist zu dieser Tageszeit am günstigsten, die Patientin kann optimal betreut werden.
Nach Eröffnung der Fruchtblase wird beim Kind eine Scalpelektrode zur Ableitung der fetalen Herztöne gelegt. Der gesamte Geburtsverlauf kann nun kontinuierlich überwacht werden, wodurch kindliche und materne Notsituationen seltener auftreten. Die Programmierte Geburt bringt für die Frau unter Umständen auch dadurch psychologische Vorteile, daß sie den festen Termin der Geburt ihres Kindes kennt.

Neben der Möglichkeit der Programmierten Geburt als Einleitung am Termin werden verschiedene Indikationen für eine Geburtseinleitung genannt.

Fetale Indikationen:
Plazentainsuffizienz, Mangelentwicklung, Erythroblastose, Polyhydramnion, Übertragung, vorzeitiger Blasensprung und drohendes Amnioninfektionssyndrom.

Materne Indikationen:
Verschlechterung präexistenter Grunderkrankungen, uterine Blutung, EPH-Gestose, Eklampsie, intrauteriner Fruchttod.

Als Gefahren der Einleitung werden angegeben:
Frustrane Einleitung, sekundäre Wehenschwäche und eine verlängerte Geburtsdauer, Amnioninfektionssyndrom, uterine Dauerkontraktion, vorzeitige Plazentalösung, Zervixläsion und postpartuale Blutung (Dudenhausen 1984).

3.2. Geburtsüberwachung

Neben der Intensivierung der Schwangerenvorsorge wurde auch die Überwachung während der Geburt entscheident verbessert. So wurde die Auskultation der fetalen Herztöne mittels Holzstethoskop von der Cardiotokographie (CTG), die kontinuierlich während des gesamten Geburtsverlaufes abgeleitet werden kann, abgelöst. Die Überwachung mittels CTG ist auch über Telemetrie möglich, sodaß die Frau während der Eröffnungsphase umhergehen und sich frei bewegen kann, ohne daß auf qualifizierte Überwachung verzichtet werden muß. Durch das CTG können wesentliche Informationen über den Versorgungszustand des Feten während der Geburt gewonnen werden.

Nach Eröffnung der Fruchtblase ist es möglich,an dem vorangehenden Teil fetales Blut zu entnehmen. Die Fetalblutanalyse gibt Hinweis auf den Zustand des Feten. Rechtzeitig kann so eine fetale Acidose als Kriterium einer fetalen Hypoxie erkannt werden. Respiratorische und metabolische Acidose können unterschieden werden.

3.3. Gebärhaltung

Bei vielen Naturvölkern findet die Geburt in hockender oder kniender Stellung statt. In Europa wurden in der Antike und im Mittelalter Geburten in einem stuhlähnlichen

Möbel vorgenommen (Marischen 1978).
Mit Einführung der klinischen Geburtshilfe wurde die Gebärstellung in liegender Position auf dem Kreißbett eingeführt. In den letzten Jahren bieten einige Kliniken wieder die Möglichkeit der Entbindung in halbsitzender Position an. Hierzu wird die Patientin auf einem Gebärstuhl gelagert.

3.4. Analgesieformen

Nirgendwo existiert eine Kultur, auch nicht eine "primitive", in der Kinder schmerzlos geboren werden (Mac Farlane 1978). Es wird jedoch versucht, mit den verschiedensten Methoden die Geburtsschmerzen zu lindern. Eines der bekanntesten Analgetika, das in der Geburtshilfe Verwendung findet, ist das Pethidin (Dolantin ^{R}). Seine schmerzhemmende Wirkung führt zu einer Verkürzung der Eröffnungsperiode. Die Wehentätigkeit wird durch Pethidin nicht beeinträchtigt, es wirkt sogar wehenfördernd. Evtl. befürchtete atemdepressive Wirkung beim Neugeborenen tritt nur bei einer Verabreichung kurz vor der Austreibungsphase auf (Biehler 1977).

Neuroleptika und Tranquilizer führen bei der Mutter zur Dämpfung, können aber auch Beeinträchtigungen des Neugeborenen hervorrufen.

Spasmolytika bewirken eine Schmerzlinderung, ein direkter Effekt auf die Zervix trifft nicht zu.

Lachgas hat eine additive Wirkung, es wird eine Dämpfung des Wehenschmerzes erreicht, weiterhin entsteht ein günstiger psychologischer Effekt, da die Patientin das Gefühl hat, selbst ein Schmerzregulativ in der Hand zu haben (Biehler 1977). Beim Neugeborenen kann durch die Anwendung von Lachgas eine Diffusionshypoxie auftreten (Neumark 1975).

Durch Infiltration eines Lokalanästhetikums in den Bereich des Nervus pudendus kann in der Austreibungsphase der Beckenboden betäubt werden. Es läßt sich eine gute Analgesie erreichen, Nachteile werden nicht beschrieben. Zur Durchführung eines Dammschnittes sowie bei Dammnaht nach Schnitt bzw. Riß am Damm,kann eine Infiltrationsanästhesie vorgenommen werden.

Die früher vielfach angewandte Parazervikalblockade führt zwar zu guter Analgesie, es sind jedoch unterschiedliche Angaben zu einer möglichen Gefährdung des Kindes bekannt geworden.

Eine weitere Methode der Analgesie besteht durch die Injektion von 0,25-0,375 %igem Bupivacain in den Periduralraum. Es ist eine einmalige Injektion möglich; durch die Einführung eines Katheters in den Periduralraum können Nachinjektionen gegeben werden. So besteht eine Anästhesie über die gesamte Geburtsdauer. Die Periduralanästhesie (PDA) wird auch mit Morphin durchgeführt. Es wird hierbei keine Beeinträchtigung der kindlichen Vitalfunktionen gesehen (Spelger 1981).

3.5. Operative Entbindungsmethoden

Als operative Entbindungsmethoden sind seit langem die Sectio caesarea und die Zangenentbindung bekannt. Als Indikationen für eine Sectio caesarea gelten Mißverhältnis zwischen dem Becken der Mutter und dem kindlichen Kopf, Plazenta praevia, fetale Acidose sowie Lage- und Einstellungsanomalien. Auch die Beckenendlage als Indikation für eine primäre Sectio ist immer mehr in den Vordergrung gerückt (Issel 1977, Schultze 1980). Auch bei Frühgeburten ist eine Indikation zur Schnittentbindung gegeben, um dem Kind eine mögliche Schädigung und Belastung beim Durchtritt

durch den Gebärkanal zu ersparen (Mentzel 1984).

Neben der Entbindung durch Forceps hat die Vacuum-Extraktion an Bedeutung gewonnen, in verschiedenen Untersuchungen werden beide Verfahren als gleichwertig beurteilt. In jedem Fall tritt durch den vermehrten Zug am Kopf ein erhöhter intracranieller Druck auf. Hiermit ist eine Schädigung des Kindes möglich. Vor allem ist die persönliche Erfahrung des Operateurs entscheidend, sowie die Indikation für das jeweilige Verfahren. Nur so sind mögliche Beeinträchtigungen des Kindes gering zu halten (Issel 1977. Kappy 1981).

Zur Verkürzung der Austreibungsperiode und zur Schonung des Kindes, aber auch zur Vermeidung geburtsbedingter Scheiden-Damm-Risse und Überdehnungsschäden am Beckenboden wird häufig eine Episiotomie vorgenommen. Die Vorteile des Dammschnittes, auch die einfache Nahttechnik und die gute Heilungstendenz sollten nicht darüber hinwegtäuschen, daß nach Episiotomie kurz- oder längerfristig Beschwerden bestehen können. Schmerzen während der Episiotomie und Dammnaht hängen von der Schnittführung und der Erfahrung des Operateurs ab. Ein Teil der Patientinnen klagt auch über Wundheilungsstörungen, vor allem nach medio-lateraler Schnittführung. Es wird auch über Koitusschmerzen und Engegefühl in der Scheide berichtet (Wenderlein 1983).

3.6. Postpartuale Versorgung des Neugeborenen

Eine weitere Reduzierung der perinatalen Mortalität und Morbidität läßt sich durch eine adäquate Untersuchung und Therapie des Neugeborenen erreichen. Knoop (1984) gibt in einer Übersicht verschiedene gesicherte therapeutische Maßnahmen an. Ein Neugeborenenuntersuchungsplatz mit Wärmelampe ist Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Untersuchung und Versorgung. Beim Neugeborenen sollen nach der Geburt

die oberen Atemwege abgesaugt werden. Eine tracheale Absaugung wird bei starker Verschleimung notwendig. Bei Zyanose wird Sauerstoff gegeben; besteht initiale Apnoe wird die Lunge mittels Maskenbeatmung durch Überdruck entfaltet. Setzt daraufhin keine ausreichende Spontanatmung ein, wird die künstliche Beatmung über Maske bzw. Tubus erforderlich. Herzmassage sowie die Sicherung eines venösen Zugangs über eine periphere Vene oder die Nabelvene schließen sich an, wobei aseptische Bedingungen eingehalten werden müssen. Bei Kindern mit Asphyxie ist eine kontinuierliche EKG-Überwachung notwendig. Mit einer Blutgasanalyse aus dem Blut der Nabelarterie wird der Grad der Acidose festgestellt. Nach erfolgter Asphyxiebehandlung wird das Kind in einen vorgewärmten Inkubator gelegt. Atmung und Herzaktion werden überwacht.

Bei einer Risikogeburt sollte der pädiatrische Not- und Transportdienst rechtzeitig verständigt werden und nach Möglichkeit bereits vor Beginn der Entbindung eintreffen. So kann er bei auftretenden Komplikationen unmittelbar eingreifen. Nach der Erstversorgung durch den Pädiater in der Geburtsklinik erfolgt der Transport des Neugeborenen zur nächstgelegenen Frühgeborenen-Intensivabteilung unter optimaler Überwachung und Betreuung.

4. Natürliche Geburt

Seit Beginn der 70iger Jahre wird zunehmend die "natürliche Geburt" gefordert. Zunächst kommt dieser Wunsch hauptsächlich aus studentischen Kreisen und der Frauenbewegung. Er weitet sich aber bald allgemein aus. Die Atmosphäre im Kreißsaal wird von vielen Frauen als kalt und erschreckend erlebt. Technische Hilfsmittel und die Verabreichung von Medikamenten unter der Geburt werden mit Skepsis betrachtet und teilweise sogar ganz abgelehnt.

B. Jordan versucht eine Begriffsdeutung der "natürlichen Geburt": "Wenn man den Geburtsvorgang aus einer anthropologischen Perspektive betrachtet, fällt einem sofort eine interessante Tatsache auf: die Geburt ist nirgendwo nur "natürlich". Es gibt keinen Ort auf der Welt, keinen Stamm wie immer "primitiv" er auch sein mag, wo die Geburt von den Beteiligten als eine ausschließlich physiologische Angelegenheit betrachtet wird, und um Mißverständnisse auszuschließen: was inzwischen als natürliche Geburt und die psychoprophylaktische Methode bezeichnet wird, ist nicht notwendigerweise auch eine Rückkehr zu einer natürlicheren Art der Geburt. Sie wird durch formale Instruktionen gelernt und hängt auf sehr komplizierte Weise mit der sozialen Ordnung und den Ideologien der sozialen Gruppen, in denen sie praktiziert wird, zusammen" (Jordan 1982).

Die Eltern, die nun mit dem Wunsch nach einem natürlichen Geburtsverlauf an Ärzte und Hebammen herantreten, haben in der Hauptsache folgende Vorstellungen von einer natürlichen Geburt:

- Im Kreißsaal soll eine freundliche Atmosphäre herrschen
- der Ehemann bzw. eine Vertrauensperson soll die Frau zur Entbindung in den Kreißsaal begleiten und während der Geburt anwesend sein dürfen
- möglichst wenige Medikamente sollen verabreicht werden, vor allem Narkotika sollen der Mutter nicht das Erlebnis der Geburt ihres Kindes nehmen
- die Eltern möchten über alle Eingriffe, welche Arzt und Hebamme vornehmen, informiert sein und ggf. auch Entscheidungen gemeinsam mit den Geburtshelfern treffen
- das Kind soll der Mutter unmittelbar nach der Geburt nackt auf den Bauch gelegt werden
- die Nabelschnur soll erst nach dem Auspulsieren durchtrennt werden
- ein liebevolles Bad des Neugeborenen

- erstes Stillen noch im Kreißsaal
- keine Trennung des Neugeborenen von der Mutter - Rooming-in.

Unterstützt und propagiert werden diese Vorstellungen auch in der populärwissenschaftlichen Literatur (Zeitschriften wie Eltern, Leben und Erziehen, Unser Kind). Wurde in diesen Zeitschriften noch bis vor etwa 15 Jahren vermehrt über technische geburtshilfliche Methoden berichtet und deren Vorzüge dargestellt, so werden diese Methoden jetzt zunehmend kritisiert. Deutlich ist die Hinwendung zur natürlichen Geburt (Elternsonderhefte -Schwangerschaft und Geburt- ab 1977).

4.1. Psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung

Als einer der Ersten beschäftigte sich Dick Read mit der Frage der psychoprophylaktischen Geburtsvorbereitung. Bereits im Jahre 1933 erschien sein Buch "Natural childbirth". Durch verstärkte Aufklärung der schwangeren Frau über den physiologischen Geburtsverlauf soll den Frauen die Angst genommen werden. Sie sollen durch Entspannungs- und Atemübungen abgelenkt, und der Schmerz abgebaut werden. Der Teufelskreis Angst - Verspannung - Schmerz soll unterbrochen werden (Read 1972). Auch Lamaze will durch verstärkte Information vor der Geburt falsche Vorstellungen abbauen und Erfahrungen von vorausgegangenen Geburten verwerten. Der Erwartungsschmerz soll gedämpft -oder besser- ausgeschaltet werden. Durch die Konzentration auf die eigene Atmung wird Ablenkung erreicht und dadurch die Schmerzempfindlichkeit vermindert. Entscheidend ist bei der Geburtsvorbereitung nach Lamaze auch die Rolle des Partners der Frau. Er übt während der Schwangerschaft mit ihr, er soll der Frau durch sein eigenes emotionales und praktisches Engagement Stütze sein (Bing 1971).

4.2. Sanfte Geburt

Entscheidend geprägt wird die natürliche Geburt durch Frédérik Leboyer. Er ist es, der sich verstärkt dem Kind zuwendet und die sanfte Geburt für Mutter und Kind fordert. Er praktiziert sie als Arzt und beschreibt sie als Schriftsteller: "Man glaubt das Neugeborene empfindet nichts, - es empfindet alles! Das Kind sieht, hört, fühlt, das Kind erschrickt vor dem Lärm, der Kälte, dem Licht, - es schreit". Von den Empfindungen des Kindes leitet er seine Forderungen für die sanfte Geburt ab:
Im Kreißsaal sollen gedämpftes Licht, ruhige Atmosphäre und angenehme Temperatur vorherrschen. Das Kind soll nach der Geburt der Mutter nackt auf den Bauch gelegt werden, damit es die Körperwärme und die Bewegungen der Mutter spüren kann. Weiterhin soll der Rücken, der im Uterus gekrümmt war, nicht abrupt gestreckt werden, das Kind soll nicht "aufgehängt" werden. Leboyer hält die Abnabelung unmittelbar nach der Geburt für grausam. Es entsteht dadurch plötzliche Hypoxie, beim Neugeborenen würden Angst und Erstickungsgefühl auftreten. Plazentakreislauf und Lungenkreislauf sollen solange nebeneinander bestehen bleiben, bis die Nabelschnur auspulsiert hat. Erst danach soll die Durchtrennung erfolgen. Anschließend soll das Baby ein warmes, liebevolles Bad erhalten, es soll sich in einem fruchtwasserähnlichen Milieu bewegen und wohlfühlen (Leboyer 1974).

4.3. Frauenbewegung - Kritik der Geburtshilfe

Anfang der 70iger Jahre erstarkt die Frauenbewegung und tritt in zunehmendem Maße an die Öffentlichkeit. Der Ärzteschaft macht sie zum Vorwurf,die technischen Hilfsmittel im Kreißsaal zu sehr in den Vordergrund zu rücken. Die Frau werde zu wenig aktiv an der Geburt beteiligt, ihre Wünsche

würden nicht beachtet. In der Vorbereitungszeit der Geburt getroffene Abmachungen bzgl. Gebärlage, Geburtseinleitung oder Anwendung von Schmerzmitteln würden nicht eingehalten. Medizinische Hilfeleistungen würden oft ohne Information und Einwilligung der Frau erbracht, oder eine bestimmte Geburtsmethode würde der Frau aufgezwungen. Die Frauen möchten sich nicht länger in die Passivität drängen lassen. Sie wollen nicht "entbunden werden", sie wollen "gebären". Nicht einmal Leboyer erhält ungeteilte Zustimmung. Auch ihm wird der Vorwurf gemacht die Frauen "zu entbinden" (Strack 1976).

Alle Technizismen,die in der Geburtshilfe Verwendung finden, werden als unnatürlich und das Geburtserlebnis störend abgelehnt. Den Geburtshelfern wird sogar unterstellt,Saugglocke, Zange und Dammschnitt nicht selten aus kommerziellen Gründen anzuwenden, ohne daß eine medizinische Indikation gegeben wäre (S. Majer 1977).

4.4. Hausgeburt

Als Folge der Kritik an der Geburtshilfe werden nun Alternativen zur normalen Kliniksentbindung überlegt. Eine davon ist die Hausgeburt. Von ihr war man in der BRD in den letzten Jahrzehnten zumindest in den Städten völlig abgekommen. Nun wird die Hausgeburt von der Frauenbewegung wiederentdeckt. In den Zeitschriften Emma und Courage wird immer wieder auf die Vorzüge der Hausgeburt hingewiesen. Die vertraute Umgebung zu Hause, die Gegenwart von Familie oder Freunden beeinflusse den Geburtsverlauf positiv. Die Anwesenden könnten die Frau bei der Geburtsarbeit durch Massage, Hilfestellung bei den Atemübungen, Zuwendung, Ermunterung und Ablenkung unterstützen. Da die Hebamme die Frau bereits aus der Vorbereitungszeit während der Schwangerschaft kennt, ist es besser möglich, auf die speziellen

Wünsche und Vorstellungen der Frau und ihres Partners einzugehen. Die Schwangere kann durch das Kennenlernen der Hebamme bei den Vorsorgeuntersuchungen, der Schwangerschaftsgymnastik und den Vorbereitungsgesprächen zur Hausgeburt leichter Vertrauen fassen. Die Atem- und Entspannungstechniken können nach gemeinsamen Erlernen besser angewandt werden, nicht zuletzt auch deshalb, weil die Gebärende während der Hausgeburt nur in seltenen Fällen Medikamente erhält. Die Gebärhaltung kann die Frau selbst bestimmen, ein Dammschnitt wird nach Möglichkeit vermieden (T. Berlin 1977).

4.5. Ambulante Geburt

Verschiedene Überlegungen, wie der Zunahme der Anzahl risikoreicher Hausgeburten begegnet werden könne, führten zum Angebot der ambulanten Entbindung. Damit sollen die Vorteile der Hausgeburt in psychologischer Hinsicht mit der Forderung nach größtmöglicher Sicherheit für Mutter und Kind während der Geburt verbunden werden.

Einige Kliniken bieten nun die Möglichkeit zur ambulanten Entbindung an. Die Vorteile sind folgende:
Die Geburt verläuft unter optimaler medizinischer Betreuung. Alle Möglichkeiten eines mit modernen technischen Hilfsmitteln ausgestatteten Kreißsaales können bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Wenige Stunden nach erfolgter komplikationsloser Geburt wird die Frau mit dem Neugeborenen nach Hause entlassen. Sie kann nun die Vorteile ihrer häuslichen Umgebung genießen. Vater und Geschwister werden schon von den ersten Stunden an mit dem neuen Familienmitglied vertraut gemacht. Die Mutter wird den älteren Kindern nicht entzogen. Die Wöchnerin, das Neugeborene und die Angehörigen sind nicht den organisatorischen Zwängen eines Klinikbetriebes unterworfen. Infektionen durch Hospitalkeime werden vermieden. Stillen bzw. Füttern nach Bedarf

des Neugeborenen ohne zeitliche Vorschriften sind möglich. Die Betreuung von Mutter und Kind wird über 10 Tage von der ambulant tätigen Hebamme übernommen. Die zweite Kindervorsorgeuntersuchung sowie die Nachuntersuchung der Wöchnerin erfolgen ambulant.

Eine weitere Möglichkeit der ambulanten Entbindung beschreibt Lüdicke (1980). Bei ihm haben die Patientinnen die Möglichkeit, in seiner gynäkologischen Praxis zu entbinden.

4.6. Sensible Phase nach der Geburt

Die Befürworter von Hausgeburt und ambulanter Geburt haben stets einen Vorteil dieser Entbindungsmethode besonders hervorgehoben: Die Möglichkeit einer ungestörten Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind in der ersten nachgeburtlichen Phase. Die besonders sensitive Phase unmittelbar nach der Geburt ist von großer Bedeutung für die weitere Beziehung zwischen Mutter und Kind. Es ist erwiesen, das Mütter, die ihr Kind gleich nach der Geburt bei sich behalten konnten, intensiveren Kontakt zum Kind haben, als Mütter, die ihr Kind nur zu den Stillzeiten erhielten. Der Umgang mit dem Kind war deutlich liebevoller und engagierter. Diese positive Einstellung war auch noch nach einem Jahr festzustellen (Stauber 1979 b).

4.7. Stillen

Ein wichtiger Faktor zur Förderung einer guten Mutter-Kind-Beziehung ist das Brststillen. Das Anlegen des Kindes kurz nach der Geburt ist oft entscheidend wichtig für den Verlauf der Stillzeit und die Dauer des Stillens.

10-40 Minuten nach der Geburt entwickelt das Neugeborene einen starken Saugreflex, der nach etwa 2 Stunden wieder nachläßt. Durch das Nichtbeachten dieses Reflexes kann es später zu erheblichen Stillschwierigkeiten kommen. Auch Umweltfaktoren wie Unruhe oder Medikamente, die der Mutter während der Geburt verabreicht wurden, können diesen ersten Saugreflex stark beeinflussen. Durch das frühe Anlegen werden bei der Mutter Uteruskontraktionen sowie die Plazentalösung gefördert, Nachblutungen werden reduziert. Das vielfach übliche Anlegen des Kindes erst einige Stunden postpartum wird aus oben genannten Gründen abgelehnt (Bieselt-Hubral 1977).

Günstig für das Neugeborene ist der Übergang von Immunfaktoren von der Mutter auf das Kind durch das Kolostrum. Dadurch besteht verstärkter Infektionsschutz. Weiterhin wirkt das Kolostrum abführend, fördert den Abbau des Mekoniums und beugt somit der Entstehung des Neugeborenenikterus vor (Mac Farlane 1978).

4.8. Rooming-in

Um den Kontakt zwischen Mutter und Kind zu fördern, ist im Rahmen der familienorientierten Geburtshilfe das Modell des Rooming-in entstanden. Es ist an vielen Geburtskliniken üblich bzw. möglich. Das Kind wird räumlich nicht von der Mutter getrennt. Es kann entweder tagsüber bei der Mutter sein, oder aber auch Tag und Nacht bei der Mutter bleiben und von ihr versorgt werden. Unter Anleitung einer Kinderkrankenschwester erlernt die Mutter den Umgang mit ihrem Baby, erhält Informationen über Ernährung und Körperpflege und geht besser vorbereitet und mit größerer Sicherheit mit ihrem Kind nach Hause.

Auch für den Vater und die Geschwister hat das Rooming-in

Vorteile. Die Familienmitglieder können das Baby häufiger sehen, im Arm halten, bei der Versorgung helfen und dadurch frühzeitig Kontakt zum Neugeborenen aufnehmen. Der Säugling wird schon in den ersten Tagen individuell betreut, muß nicht einsam im Bettchen liegen oder längere Zeit schreien (Lind 1973).

4.9. Anwesenheit des Vaters während der Geburt

Bereits von Read, Lamaze und Leboyer wird auf die Bedeutung der Anwesenheit des Ehemannes oder Partners bzw. einer Vertrauensperson bei der Geburt hingewiesen. Auch in der feministischen und populärwissenschaftlichen Literatur wird die Wichtigkeit der Unterstützung der Gebärenden durch vertraute Personen betont. Als persönliche Motive der Ehepartner zum gemeinsamen Geburtserlebnis werden von Schneider (1978) genannt:

Hilfe und moralische Unterstützung für die Ehefrau, ein auf Partnerschaft und Gemeinsamkeit ausgerichtetes Eheleben, in dem Konfliktsituationen gemeinsam gelöst werden.

Der Wunsch nach Intensivierung der ehelichen Bindung durch das gemeinsame Geburtserlebnis.

Die Vorstellung, durch das Miterleben der Geburt eine besondere Beziehung zum Kind zu bekommen.

Neugierde und Möglichkeit der Überwachung während der Entbindung.

Auch in Konfliktsituationen soll der Ehemann während der Geburt anwesend sein, dann sei sein Beistand erst recht wichtig. Von den bei einer Untersuchung befragten Ehemännern hat es keiner betreut, an der Geburt teilgenommen zu haben (Schneider 1976).

II. ZIELE DER UNTERSUCHUNG

Durch die Befragung von Müttern nach der Geburt sollen Situation und Verhalten der Frauen im ländlichen Gebiet während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dargestellt werden. Mittels eines Fragebogens wurden nachstehende Daten erfaßt:

1. Persönliche Daten

Die soziale Struktur des Untersuchungskollektives wird ermittelt. Hierzu werden erfragt:
- Alter der Patientin
- Familienstand
- Kinderzahl

Der Bildungsstand des Kollektives wird aufgezeigt durch Fragen nach:
- Schulbildung
- Berufsausbildung
- Beschäftigung

2. Informationsstand

Das Wissen der Frauen über geburtshilfliche Methoden und psychologische Aspekte der Geburt wird ermittelt. Fragen zu nachstehenden Punkten werden gestellt:
- Geburtseinleitung
- Position während der Eröffnungsphase
- Analgesie
- Gebärlage zur Austreibung
- operative Entbindungen
- klinische Überwachung während der Geburt

- Anwesenheit des Vaters
- sanfte Geburt
- Umgang mit dem Neugeborenen
- Wochenbett
- Hausgeburt - ambulante Geburt

3. Informationsquellen der Schwangeren

Verschiedene Informationsquellen der Schwangeren werden erfragt und aufgezeigt:
- Massenmedien
- medizinisch gebildete Personen
- nicht medizinisch gebildete Personen
- Vorträge - Säuglingspflegekursus
- Erfahrungen von früheren Geburten
- sonstige Informationsquellen

4. Geburtsvorbereitung

Verschiedenen Methoden der Geburtsvorbereitung werden dargestellt:
- Schwangerschaftsgymnastik
- Erlernen einer Atemtechnik
- Änderung der Lebensweise

Es wird untersucht, in wessen Hand die Betreuung der Frauen während der Schwangerschaft liegt, und auf welche Weise diese Betreuung erfolgt.

5. Geburtshilfliche Methoden - Kritik - Wünsche

Die verschiedenen bei den untersuchten Geburten angewandten geburtshilflichen Methoden werden dargestellt. Die Frauen

bewerten diese Methoden nach ihren Erfahrungen und äußern ihre Wünsche bezüglich künftiger Geburten. Folgende Punkte werden erfaßt:

- Einleitung der Geburt
- Eröffnungsperiode
- Gebärlage zur Austreibung
- Analgesie
- operative Entbindungen
- Technizismen im Kreißsaal
- Atmosphäre im Kreißsaal
- Anwesenheit des Partners
- Stillen
- Rooming-in
- Hausgeburt - ambulante Geburt

Zu diesen Punkten werden vergleichende Betrachtungen zur Arbeit von Kentenich (1983) angestellt. Er führte am Evangelischen Waldkrankenhaus Berlin-Spandau eine Untersuchung durch mit dem Thema: "Natürliche Geburt in der Klinik - zum Verhalten von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett".

Die jeweiligen Ergebnisse der Untersuchungskollektive in der Stadt und auf dem Lande werden gegenübergestellt, um so Aussagen treffen zu können, über unterschiedliche geburtshilfliche Methoden, Verhaltensweisen der Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, und über Kritik und Wünsche der Patientinnen.

6. Verhalten der Gebärenden

Mit Hilfe einer Skala wird die psychische und physische Situation der Frau während der Geburt charakterisiert. Diese Einschätzung nimmt sowohl die Patientin selbst, als auch der die Geburt betreuende Arzt/Hebamme vor.

7. Hausfrau/Landwirtin - gesonderte Betrachtung

Einen genaueren Einblick in das Verhalten von Frauen, welche auf dem Lande leben, soll die gesonderte Betrachtung des Kollektives Hausfrau/Landwirtin ergeben.

Dieses Kollektiv erfaßt die Frauen, die vorwiegend in ihrer häuslichen Umgebung tätig sind. Sie versorgen Haushalt, Kinder, Landwirtschaft, Garten und Kleintiere. Diese Frauen hatten in der Regel wenig Kontakt nach außen. Die Frage nach der "Beschäftigung" beantworteten sie mit Hausfrau oder Landwirtin.

Die Gruppe Hausfrau/Landwirtin wird in Bezug gesetzt zum gesamten Untersuchungskollektiv. Folgende Merkmale werden verglichen:

- Informationsstand
- Geburtsvorbereitung
- Schmerzempfindung
- Analgesie
- Verhalten während der Geburt
- Rooming-in
- Stillen
- Anwesenheit des Vaters während der Geburt

III. MATERIAL UND METHODE

1. Patienten

Zu der vorliegenden Untersuchung wurden im Zeitraum von Februar 1985 bis Juni 1985 alle Geburten in den Kreiskrankenhäusern Cham und Roding im Landkreis Cham in der Oberpfalz untersucht.

Der Landkreis Cham liegt im Grenzland zur CSSR, er hat eine Einwohnerzahl von 115 000, das entspricht einer Zahl von 76 Einwohnern/qkm. Bayern weist eine Einwohnerzahl von 149 Einwohnern/qkm auf.

Am Kreiskrankenhaus Cham besteht eine gynäkologisch-geburtshilfliche Belegabteilung mit 33 Betten, die Hälfte davon wird in der Regel geburtshilflich belegt. Am Kreiskrankenhaus Roding besteht eine geburtshilfliche Hauptabteilung mit 25 Betten. Tagsüber werden die Abteilungen von Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe betreut, nachts ist der fachübergreifende Bereitschaftsdienst für die Abteilungen zuständig. Die Fachärzte werden nur im Notfall gerufen. Jeweils eine Hebamme ist in Dienstbereitschaft. Sie wird vom Krankenhaus verständigt, wenn eine Frau zur Entbindung in die Klinik kommt. Sie leitet dann die gesamte Geburt und führt die Wochenbettbetreuung durch. Bei Risikogeburten kann ein "Neugeborenentransportdienst" vom nächstgelegenen Kinderkrankenhaus Regensburg, das 70 km entfernt ist, angefordert werden.

Zwei verschiedene Krankenhäuser wurden für die Untersuchung ausgewählt, um zu verhindern, daß das Verhalten des Gesamtkollektives nur vom geburtshilflichen Stil eines bestimmten Krankenhauses beeinflußt wird.

2. Fragebogen

Die Patientinnen wurden während der Geburt von Arzt und Hebamme beobachtet. Daten zur Geburtseinleitung, Analgesieform, operativen Entbindungsmethoden und Geburtsdauer wurden erhoben. Das Verhalten der Gebärenden wurde von Arzt und Hebamme eingeschätzt. Diese Daten wurden in einem gesonderten Fragebogen festgehalten.

Die Wöchnerinnen erhielten vom 2. - 5.Tag nach der Entbindung einen standardisierten 10-seitigen Fragebogen. Fragen zu folgenden Themen wurden darin gestellt:

- Informationsstand über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Informationsquellen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- persönliche Geburtsvorbereitung
- durchgeführte geburtshilfliche Methoden
- Einschätzung und Kritik des Geburtsverlaufes
- Wünsche zu künftigen Geburten
- Angaben zur Person

Verschiedne Frageformen mit folgenden Möglichkeiten der Beantwortung wurden angewandt:

- richtig/falsch - Antworten (ja/nein)
- Mehrfachwahlantworten mit einer oder mehreren Möglichkeiten der Beantwortung
- Stufenantworten z.B.:sehr angenehm - angenehm - unangenehm - sehr unangenehm

Um festzustellen, ob die Fragen für die Patientinnen verständlich gestellt waren, erfolgte mit den ersten 10 befragten Frauen ein Praetest. Erst nach dessen positiven Verlauf wurde mit der Untersuchung begonnen.

Insgesamt wurden 260 Fragebögen verteilt. Hiervon gingen die Daten von 248 Geburten in die Untersuchung ein. 12 Fragebögen konnten nicht ausgewertet werden, da 8 Frauen die Auskunft verweigerten oder unvollständige Angaben machten, 2 Frauen eine ambulante Entbindung durchgeführt hatten und weitere 2 Frauen nach Totgeburt nicht befragt wurden.

3. Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen wurde mit einem 8086 Personal-Computer mit 8067 Arithmetik-Prozessor durchgeführt. Als Programmiersprache diente Turbo-Pascal 87 unter MS-DOS.

Die Angabe des arithmetischen Mittels erfolgte in Prozent, wobei bis zum vollen Prozentpunkt ab 0,5% auf- und bis 0,5% abgerundet wurde. Die Rundungspunkte wurden der jeweils größten Meßklasse zugeschlagen, um die Summenhäufigkeit von 100% zu erhalten. Auf die Angabe in Zehntelprozent wurde verzichtet. Bei den zahlreichen Fragen zu psychologischen Aspekten würden Zehntelprozentpunkte nur eine höhere Genauigkeit der Ergebnisse vortäuschen.

Für die vergleichende Darstellung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit den Ergebnissen der Studie von Kentenich (1983) wurde das Mehrfelderschema herangezogen. Ebenso wurde bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse des Kollektives Hausfrau/Landwirtin mit den Ergebnissen des eigenen Gesamtkollektives das Mehrfelderschema verwandt.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Pilotstudie,in der zahlreichen Fragestellungen nachgegangen wurde. Hypothese und Gegenhypothese wurden nicht aufgestellt. Die vorliegende Untersuchung wurde zu einem anderen Zeitpunkt

durchgeführt wie die Untersuchung von Kentenich (1983). Weiterhin wurden zu verschiedenen Themen von einander abweichende Fragen gestellt. Aus diesen Gründen wurde auf die Anwendung statistischer Signifikanztests verzichtet.
Signifikanz bedeutet nicht den Beweis des Unterschiedes, sondern ist wegen der immer vorhandenen Fehlermöglichkeiten nur ein Hinweis auf wahrscheinliche Sachverhalte. Signifikanztests dürfen bei aller Wichtigkeit als methodisches Werkzeug zur Hypothesenprüfung nicht überschätzt werden (Habermehl 1984).

Genauere Ergebnisse würden weitere Untersuchungen erbringen, die sich explizit mit einzelnen Fragestellungen beschäftigen müßten. Zu diesem Zweck müßten gleichzeitig Befragungen vergleichbarer Untersuchungskollektive im städtischen und im ländlichen Gebiet durchgeführt werden.

IV. ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Die Auswertung der Fragen erfolgte in der Reihenfolge, wie diese im Fragebogen gestellt waren.

Vergleiche mit anderen Untersuchungen stehen jeweils am Ende eines jeden Unterpunktes. Die Gegenüberstellung zur Untersuchung von Kentenich (1983) erfolgt in tabellarischer Form, um den Vergleich der Daten zu erleichtern. Da nicht zu allen Fragestellungen Ergebnisse aus der Untersuchung von Kentenich vorlagen, konnte nur ein Teil der Ergebnisse der eigenen Arbeit in tabellarischer Form dargestellt und verglichen werden. Ein statistischer Vergleich ist durch die Wahl dieser Verfahrensweise nicht beabsichtigt.

Erläuterung der verwandten Abkürzungen:

U.-Koll., entspricht dem Untersuchungskollektiv der vorliegenden Untersuchung N = 248.

U.-Koll. bereinigt, entspricht dem Untersuchungskollektiv, das um die Patienten bereinigt wurde, die eine Vollnarkose erhalten hatten N = 223.

V.-Koll., entspricht dem Vergleichskollektiv der Untersuchung von Kentenich (1983) N = 170.

Kollektiv Hausfrau/Landwirtin, entspricht den Frauen, die bei der Frage nach der Beschäftigung mit "Hausfrau" oder "Landwirtin" antworteten N = 109.

Kollektiv Hausfrau/Landwirtin bereinigt, wurde um die Patienten bereinigt, die eine Vollnarkose erhalten hatten N = 101.

1. Persönliche Daten

1.1. Alter

Das Untersuchungskollektiv setzt sich aus 248 Frauen zusammen. 10% der Frauen sind unter 20 Jahre, 37% zwischen 21 und 25 Jahren, 40% zwischen 26 und 30 Jahren, 10% zwischen 31 und 35 Jahren und 3% sind über 35 Jahre alt.

Alter der Frauen:

Altersklassen	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
bis 20 Jahre	10%	13,5%
21-25 Jahre	37%	25,9%
26-30 Jahre	40%	42,9%
31-35 Jahre	10%	11,8%
über 35 Jahre	3%	5,9%

Im Untersuchungskollektiv ist die Zahl der Frauen in der Altersgruppe 21-25 Jahre deutlich höher als beim Vergleichskollektiv.

1.2. Familienstand

Die überwiegende Zahl der Frauen des Untersuchungskollektives ist verheiratet (95%), 5% der Frauen sind alleinstehend, keine Frau des Untersuchungskollektives ist geschieden.

Familienstand der Frauen:

Familienstand	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
verheiratet	95%	80,0%
ledig	5%	15,9%
geschieden	0%	3,5%
verwitwet	k.A.	0,6%

Im Untersuchungskollektiv ist eine größere Anzahl der Frauen verheiratet. Die hohe Anzahl der ledigen Frauen beim Vergleichskollektiv weist auf die Tatsache hin, daß in der Stadt mehr Paare ohne Trauschein zusammen leben, und gemeinsam Kinder haben, als dies bei der Bevölkerung in ländlichem Gebiet der Fall ist.

In der Münchner Perinatologiestudie (1975) wird die Zahl verheirateter Frauen mit 91,8%, die der Ledigen mit 8,3% angegeben.

1.3. Parität

Im Untersuchungskollektiv finden sich 45% Erstgebärende, 36% Zweitgebärende und 19% Frauen, die mehr als 2 Kinder geboren haben.

In der Münchner Perinatalogiestudie (1975) werden 53,2% Primiparae angegeben.

1.4. Schulbildung

Vom Untersuchungskollektiv hatten 64% die Hauptschule besucht, 32% die Realschule und 4% das Gymnasium.

Schulbildung der Frauen:

Schulbildung	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Hauptschule	64%	38,8%
Realschule	32%	39,4%
Gymnasium	4%	15,9%
Sonstige	0%	5,9%

Bei den Frauen des Vergleichskollektives hat eine deutlich größere Zahl weiterführende Schulen besucht. Die Schulbildung bei Frauen, die in der Stadt leben ist höher.

1.5. Berufsausbildung

Im Untersuchungskollektiv hatten 28% der Frauen keine Berufsausbildung, 57% hatten eine Lehre absolviert, 13% hatten eine Fachschule, 2% eine Fachhochschule bzw. eine Hochschule besucht und abgeschlossen.

Berufsausbildung der Frauen:

Berufsausbildung	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
keine Berufsausbildung	28%	12,4%
im Betrieb angelernt	k.A.	15,3%
Lehre	57%	51,7%
Fachschule	13%	10,6%
Fachhochschule/ Hochschule	2%	10,0%

Die Berufsausbildung der Frauen des Untersuchungskollektives und des Vergleichskollektives ist annähernd gleich. Deutlich höher liegt beim Vergleichskollektiv die Anzahl der Frauen, die eine Fachhochschule bzw. eine Hochschule besucht hatten.

Beim Untersuchungskollektiv wurde zwischen den Gruppen "Lehre" und "im Betrieb angelernt" nicht unterschieden. Die im Betrieb angelernten Frauen finden sich in den Gruppen "keine Berufsausbildung" und "Lehre".

1.6. Beschäftigung

13% der befragten Frauen waren ungelernte Arbeiterinnen, 10% Facharbeiterinnen, 1% Selbständige oder Gewerbetreibende, 4% waren Arbeitslose, 34% Hausfrauen. 28% der Frauen arbeiteten im Angestellten- oder Beamtenverhältnis. 10% gaben als Beruf Landwirtin an. Ein Teil dieser Frauen arbeitet in Zuerwerbs- und Nebenerwerbsbetrieben in der Landwirtschaft. Dieser Teil der Frauen findet sich vorwiegend in der Berufsgruppe "Hausfrauen".

Beschäftigungsverhältnis der Frauen:

Beschäftigung	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Arbeitslose	4%	0,6%
Arbeiterin	13%	39,4%
Hausfrau	34%	
Facharbeiterin	10%	2,4%
Landwirtin	10%	k.A.
Angestellte u. Beamte	28%	49,4%
Gewerbetreibende/ Selbständige	1%	2,4% 1,2%
keine Angabe	---	4,7%

In der Stadt sind mehr Frauen als Angestellte und Beamtinnen tätig, ein höherer Anteil an Selbständigen und Gewerbetreibenden kann festgestellt werden.

Im Vergleichskollektiv wurde die Gruppe "Hausfrau" und die Gruppe "Arbeiterin" zusammen bewertet.

2. Informationsstand

Zur Feststellung des Informationsstandes wurden dem Untersuchungskollektiv 51 Fragen zur geburtshilflichen Thematik vorgelegt. Die Befragung der Patientinnen fand im Wochenbett statt. Es kann daher davon ausgegangen werden, daß ein Teil der Information den Frauen während der Geburt übermittelt wurde.

2.1. Bekanntheitsgrad der einzelnen Fragen bei den Frauen:

Folgende geburtshilfliche Methoden sind bekannt:
(Angaben in %)

Während der Eröffnungsphase:

1. Lagerung im Kreißbett	93%
2. Möglichkeit der freien Bewegung	78%

Zur Geburtseinleitung sind folgende Behandlungsmöglichkeiten bekannt:

3. Einlauf	95%
4. entspannendes Bad	93%
5. Eröffnung der Fruchtblase	74%
6. Wehentropf	90%
7. Auflockern des Muttermundes durch Zäpfchen	25%
8. Programmierte Geburt	43%

Zur Schmerzausschaltung während der Geburt sind folgende Methoden bekannt:

9.	Suppositorien	21%
10.	Injektion eines Schmerzmittels	80%
11.	rückenmarksnahe Leitungsanästhesie	69%
12.	Nervenblockade am Muttermund	39%
13.	Infiltration des Dammes zum Dammschnitt und zur Dammnaht	85%
14.	Lachgasnarkose	74%
15.	Vollnarkose	53%
16.	Atemtechnik	81%

Zur Gebärlage während der Preßwehen sind bekannt:

17.	die Entbindung im Liegen im Kreißbett	98%
18.	die Entbindung in der Hocke	40%
19.	die Entbindung im Gebärstuhl	50%

Folgende Methoden zur operativen Geburtsbeendigung sind bekannt:

20.	Dammschnitt	92%
21.	Saugglocke	90%
22.	Zangenentbindung	85%
23.	Kaiserschnitt	92%

Folgende klinische Überwachungsmethoden während der Geburt sind bekannt:

24.	Abhören der kindlichen Herztöne mit dem Holzstethoskop	63%
25.	Blutdruckkontrolle der Mutter	90%
26.	vaginale Untersuchung	90%
27.	Wehenschreiber	97%
28.	Aufzeichnen der kindlichen Herztöne mittels einer Kopfschwartenelektrode	92%
29.	Tropfenzähler für Wehentropf	64%

Die Vorteile der Anwesenheit des Vaters bzw. einer Vertrauensperson sind bekannt:

30.	zur Unterstützung der Gebärenden	88%
31.	zum Aufbau einer frühen Vater-Kind-Beziehung	79%

Folgende Forderungen von Leboyer zur sanften Geburt sind bekannt:

32.	kein Lärm im Kreißsaal	80%
33.	gedämpftes Licht	69%
34.	angenehme Temperatur	83%
35.	Auspulsieren der Nabelschnur	45%
36.	das Kind soll der Mutter unmittelbar nach der Geburt auf den Bauch gelegt werden	87%
37.	warmes, liebevolles Bad	76%
38.	Anlegen im Kreißsaal	74%

Weiterhin sind folgende Behandlungsmöglichkeiten des Neugeborenen bekannt:

39.	Absaugen	78%
40.	Sauerstoffgabe	71%
41.	Beatmung	71%
42.	Abnabelung unmittelbar nach der Geburt	93%
43.	Hochhalten an den Beinen	80%
44.	kurzes Reinigungsbad	94%
45.	das Neugeborene wird angezogen und dann der Mutter in den Arm gelegt	65%

Im Wochenbett sind folgende Möglichkeiten bekannt:

46.	Rooming-in am Tag	88%
47.	Rooming-in Tag und Nacht	67%

48. Unterbringung von Mutter und Kind auf getrennten Stationen, das Kind wird nur zu den Mahlzeiten der Mutter gebracht 87%
49. Verlegung des Kindes in eine Kinderklinik aus medizinischer Indikation 84%

Als Alternativen zur Klinikentbindung sind bekannt:

50. ambulante Entbindung 77%
51. Hausgeburt 85%

7 Fragen wurden von weniger als 50% der Frauen des Untersuchungskollektives bejaht, die Themen dieser Fragen sind als relativ unbekannt anzusehen. Weitere 7 Fragen wurden von 51 - 70%, 26 Fragen von 71 - 90% der Frauen bejaht. 11 Fragen wurden von über 90% der Frauen mit "ja" beantwortet.

Der Großteil der Fragen zur geburtshilflichen Thematik ist den befragten Frauen bekannt. Zu folgenden geburtshilflichen Methoden konnten weniger als die Hälfte der Patientinnen des Untersuchungskollektives keine Angaben machen: Zur Programmierten Geburt, zur Einleitung mittels Verabreichung von Prostaglandinen, zur Entbindung in hockender Stellung, zur Analgetika in Form von Suppositorien und zur Pudendusanästhesie. Die Frage nach der Bekanntheit der Pudendusanästhesie wurde möglicherweise falsch verstanden. Die Pudendusanästhesie wurde umgangssprachlich mit "Nervenblockade am Muttermund" bezeichnet. Gut bekannt sind die Forderungen von Leboyer. Lediglich die Möglichkeit des Auspulsierenlassens der Nabelschnur ist bei weniger als der Hälfte der befragten Frauen bekannt.

2.2. Wissensstand der Frauen

20% der Patientinnen des Untersuchungskollektives konnten über 90% der gestellten 51 Fragen zum Informationsstand mit "ja" beantworten. 44% der Frauen beantworteten zwischen 71 und 90% der Fragen mit "ja", 25% der Frauen zwischen 50 und 70% der Fragen und 11% der Frauen beantworteten weniger als 50% der Fragen mit "ja".

Wissensstand der Frauen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:

Klassen der mit "ja" beantworteten Fragen	Prozentsatz der Frauen des Untersuchungskollektives (N = 248)
> 90%	20%
71 - 90%	44%
50 - 70%	25%
< 50%	11%

3. Informationsquellen zur Geburtsvorbereitung

Bei der Beantwortung der Fragen nach den Informationsquellen der Schwangeren zur Geburtsvorbereitung waren verschiedene Antwortmöglichkeiten gegeben.

3.1. Massenmedien

96% der Frauen des Untersuchungskollektives informierten sich zur Geburtsvorbereitung durch Lesen von Broschüren, Zeitschriften und Büchern.

57% hörten und sahen Informationen über Rundfunk und Fernsehen. Im Vergleichskollektiv ergaben sich ähnliche Werte. 65,9% dieser Patientinnengruppe hatten sich durch Rundfunk- und Fernsehsendungen informiert. Hier hatte eine andere Fragestellung vorgelegen.

3.2. Information durch Ärzte und medizinisch gebildete Personen

40% der Frauen des Untersuchungskollektives erhielten Informationen über Schwangerschaft und Geburt vom Hausarzt, 91% vom Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 53% von der Hebamme. Eine Hebamme führte geburtsvorbereitende Kurse durch.

Informationsquellen der Frauen durch medizinisch gebildete Personen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:

Informationsquelle	U.Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Hausarzt	40%	2,9%
Gynäkologe	91%	100,0%
Hebamme	53%	21,2%

Im Untersuchungskollektiv erhielten wesentlich mehr Frauen Informationen zu Schwangerschaft und Geburt vom Hausarzt als im Vergleichskollektiv. Hebammengespräche wurden häufiger durchgeführt. Im Untersuchungskollektiv ist aber auch das Hebammengespräch während der Geburt gewertet worden.

In der Münchner Perinatalstudie (1975) wird berichtet, daß 7,9% der Patientinnen beim Allgemeinmediziner und 51,2% beim Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe informiert wurden.

3.3. Information durch nicht medizinisch gebildete Personen

67% der Frauen erhielten Informationen von der eigenen Mutter, 56% von anderen Verwandten und 65% von Freunden.

Informationen der Frauen durch nicht medizinisch gebildete Personen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:

Informationsquelle	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Mutter	67%	71,2%
andere Verwandte	56%	50,0%
Freunde	65%	84,1%
Ehemann/Partner	k.A.	92,9%

Im Vergleichskollektiv spielt der Ehemann/Partner bei der Geburtsvorbereitung eine große Rolle.

Bei der eigenen Untersuchung war die Frage nach der Beteiligung des Ehemannes/Partners an der Information zu Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung nicht gestellt worden. Der Anteil der übrigen nicht medizinisch gebildeten Personen als Informationsquelle für die Schwangere ist etwa gleich hoch wie beim Vergleichskollektiv. In deutlich geringerer Zahl werden Freunde als Informations-

quelle angegeben.

3.4. Vorträge - Säuglingspflegekursus

Von 29% der Frauen wurden geburtsvorbereitende Vorträge und von 31% der Frauen des Untersuchungskollektives Säuglingspflegekurse besucht.

Informationen der Frauen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Vorträge - Säuglingspflegekurse:

Informationsquelle	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Vorträge	29%	35,9%
Säuglingspflege-kurse	31%	18,8%

Beim Vergleichskollektiv der Untersuchung von Kentenich (1983) wurden mehr Vorträge (von der Geburtsklinik angeboten) besucht. Weniger oft nahmen die Frauen dagegen an einem Säuglingspflegekurs teil.

3.5. Information durch frühere Geburten

55% der Frauen des Untersuchungskollektives waren Zweit- und Mehrgebärende, sie hatten Wissen und Informationen über Schwangerschaft, Geburtsverlauf und Wochenbett aus eigener Erfahrung der vorausgegangenen Entbindung.

3.6. Weitere Informationsmöglichkeiten

20% der Frauen gaben Informationen aus weiteren Quellen an. An erster Stelle wurde beruflich erworbenes Wissen, etwa bei einer Krankenschwester, Kinderpflegerin und ähnlichen Berufsgruppen genannt.

4. Persönliche Geburtsvorbereitung

4.1. Schwangerengymnastik - Atemtechnik

Von den Frauen des Untersuchungskollektives nahmen 36% die Möglichkeit der Teilnahme an der Schwangerengymnastik in Anspruch. Die Schwangerengymnastik wird von Krankengymnasten in freier Praxis und im Krankenhaus angeboten. Weiterhin leitet eine Hebamme Schwangerschaftsgymnastikgruppen mit starker Betonung des Erlernens der Atemübungen nach Read.
Atemtechniken hatten 42% der Frauen erlernt, 6% gemeinsam mit ihrem Partner.

Persönliche Geburtsvorbereitung der Frauen:

Geburtsvorbereitung	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Schwangerengymnastik	36%	40,6%
Atemtechnik erlernt	42%	11,8%
Atemtechnik erlernt gemeinsam mit dem Partner	6%	k.A.

Auffallend hoch ist beim Untersuchungskollektiv die Zahl der Frauen, die eine Atemtechnik zur Geburtserleichterung erlernten. Oft hatten Zweit- und Mehrgebärende die

Schwangerengymnastik nicht mehr besucht, die Atemübungen jedoch zu Hause durchgeführt und mit Hilfe von Büchern erlernt. Außerdem hatte ein Teil der Patientinnen die Möglichkeit, die Atemübungen noch während der Eröffnungswehen mit Unterstützung der Hebamme und unter deren Anleitung zu erlernen.

Die Schwangerengymnastik wurde von den Frauen des Untersuchungskollektivs ähnlich häufig besucht, wie von den Frauen des Vergleichskollektives.

4.2. Änderung der Lebensweise

Viele Frauen nehmen während der Schwangerschaft eine Änderung ihrer Lebensweise vor. Sie achten verstärkt auf ihren Körper und leben gesundheitsbewußter.

Im Untersuchungskollektiv gaben 50% der Frauen an, in der Schwangerschaft die Ernährung umgestellt zu haben. Sie verzichteten auf Kaffee, Süßigkeiten, Wurst und Salz. Sie aßen mehr frisches Obst und Gemüse. 88% der Befragten stellten während der Schwangerschaft das Rauchen ein oder waren bereits Nichtraucherinnen. 91% der Frauen verzichteten auf Alkoholkonsum. 29% gaben weitere Änderungen ihrer Lebensweise an. Am häufigsten genannt wurden: Weniger Arbeit, weniger Sport, keine Medikamente, viel Schlaf und viel Spazierengehen.

4.3. Schwangerenvorsorgeuntersuchungen

Beim Untersuchungskollektiv wurden die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in 11% der Fälle vom Hausarzt vorgenommen. In 71% gingen die Frauen zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, um die Vorsorgeuntersu-

chungen machen zu lassen. Bei 18% der befragten Frauen führten der Hausarzt und ein Facharzt die Betreuung der Patientin durch. In dieser Gruppe sind auch die Fälle enthalten, in denen der Hausarzt die Schwangere betreute, der Gynäkologe die Ultraschalluntersuchungen vornahm.

Schwangerenvorsorgeuntersuchungen - Häufigkeit der Durchführung:

Häufigkeit	U.Koll. N = 248
< 3	1%
4 - 6	7%
> 7	92%

Ultraschalluntersuchungen - Häufigkeit der Durchführung:

Häufigkeit	U.-Koll. N = 248
keine	1%
eine	1%
zwei	98%

Bei 98% der Patientinnen des Untersuchungskollektives wurden zwei Ultraschalluntersuchungen vorgenommen, bei 1% wurde eine und bei ebenfalls 1% keine Ultraschalldiagnostik durchgeführt.

Es ist festzustellen, daß von der überwiegenden Mehrzahl

der Frauen des Untersuchungskollektives die Vorsorgeuntersuchungen, wie auch die Ultraschalluntersuchungen, in der empfohlenen Anzahl wahrgenommen wurden.

4.4. Skala zur Geburtsvorbereitung

Zur Verdeutlichung und besseren Vergleichbarkeit wird eine Skala zur Geburtsvorbereitung erstellt. Es wird die Summe aller "ja" Antworten aus den Fragen "Schwangerengymnastik" (1 Punkt), "Atemtechnik" (2 Punkte), "Änderung der Lebensweise" (4 Punkte) und "mehr als 7 Schwangerenvorsorgeuntersuchungen" (1 Punkt) erfasst. Maximal konnten 8 Punkte erreicht werden.

Skala zur Bewertung der Geburtsvorbereitung der Frauen:

Klasse	Prozentsatz der Frauen des U.-Koll. (N = 248)
0 Punkte	0%
1 - 2 Punkte	12%
3 - 4 Punkte	43%
5 - 6 Punkte	34%
7 - 8 Punkte	11%

Aus der Skala kann ersehen werden, daß 11% der Frauen eine sehr gute, 34% eine gute und 43% eine befriedigende Geburtsvorbereitung durchgeführt hatten.

Im Vergleichskollektiv der Untersuchung von Kentenich (1983) wird eine andere Bewertung vorgenommen. Unter-

schieden wird zwischen einer "normalen" und einer "guten" Geburtsvorbereitung. Letztere beinhaltet mehr als 10 Schwangerenvorsorgeuntersuchungen und die Teilnahme an zwei von drei angebotenen Möglichkeiten der Geburtsvorbereitung. Die drei weiteren Möglichkeiten waren Teilnahme an der Schwangerengymnastik, Besuch einer Lamaze-Gruppe oder der Besuch von einem Vortragsabend, den die Geburtsklinik angeboten hatte.

Nach dieser Einteilung hatten im Vergleichskollektiv 71,8% der Frauen eine normale Geburtsvorbereitung und 28,8 eine gute Geburtsvorbereitung.

4.5. Wunsch nach besserer Geburtsvorbereitung bei künftiger Geburt

Von den befragten Frauen des Untersuchungskollektives glaubten 48% sich auf die Entbindung ausreichend vorbereitet zu haben. 27% wollten sich auf eine künftige Geburt besser vorbereiten. 57% dieser Frauen wollten die Atemtechnik gründlicher erlernen, 13% die Lebensweise ändern und 30% mehr Informationen über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett einholen. 25% der Frauen beantworten diese Frage mit "unentschieden".

Bei Kentenich (1983) werden ähnliche Ergebnisse verzeichnet. 31,2% seiner Patientinnen wollten sich besser auf eine künftige Geburt vorbereiten. Genannt wurden häufigere Teilnahme an der Schwangerengymnastik, mehr Gespräche und Informationen.

5. Geburtshilfliche Methoden - Einschätzung des Geburtsverlaufes - Wünsche bei künftigen Geburten

Im Folgenden werden die beim Untersuchungskollektiv angewandten geburtshilflichen Methoden dargestellt. Die Einschätzung durch die Patientin, sowie ihre Wünsche für künftige Geburten, werden am Ende eines jeden Unterpunktes angeführt.

5.1. Einleitung der Geburt

Bei 12% der Patientinnen wurde die Fruchtblase eröffnet, 24% erhielten eine Oxytocininfusion zur Wehenstimulation, Prostaglandin wurde in 3% der Fälle lokal zur Zervixreifung angewandt, eine programmierte Geburt wurde ebenfalls in 3% der Fälle durchgeführt.

Häufigkeit der Geburtseinleitung:

Geburtseinleitung durch:	U.-Koll.ber. N = 223	V.-Koll. N = 170
Amniotomie	12%	64,7%
Wehenmittel	24%	81,6%

Kentenich (1983) berichtet, daß im Vergleichskollektiv nur bei 18,4% der Patientinnen auf die Verabreichung von wehenstimulierenden Medikamenten verzichtet wurde, bei 64,7% der von ihm untersuchten Fälle wurde die Fruchtblase eröffnet.

Bei einer künftigen Geburt würden 6,6% der Frauen auf Einleitungsmaßnahmen verzichten wollen, soweit diese

medizinisch nicht dringend indiziert sind. 16% der Frauen waren gegenteiliger Meinung und wünschten eine Geburtseinleitung. 18% der Frauen waren unentschieden.

Auf die Frage, ob die Fruchtblase eröffnet werden sollte, antworteten 14% mit "ja", 51% mit "nein", 35% waren "unentschieden".

Für eine Verstärkung der Wehen durch Medikamente stimmten 18% mit "ja", 52% wollten keine Wehenanregung, 30% waren unentschieden.

Amniotomie bei künftiger Geburt:

Wunsch der Frauen	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
ja	14%	36,5%
nein	51%	18,8%
unentschieden	35%	47,7%

Wehenstimulation bei künftiger Geburt:

Wunsch der Frauen	U.-Koll. N = 248	V.-Koll N = 170
ja	18%	72,4%
nein	52%	21,2%
unentschieden	30%	6,4%

An den untersuchten Krankenhäusern werden deutlich weniger Geburtseinleitungen vorgenommen, als in der Untersuchung von Kentenich (1983) und der Münchner Perinatologiestudie (1975) angegeben wurden. Auch die Verabreichung von wehenstimulierenden Medikamenten erfolgt seltener.

Ebenso ist auch der Wunsch nach Geburtseinleitung und Wehenanregung bei den Patienten deutlich geringer. Auffällig hoch ist auch die Zahl der Frauen, welche die Frage mit "unentschieden" beantworteten. Daraus kann geschlossen werden, daß die Entscheidung über Geburtseinleitung und Anwendung von Medikamenten zur Wehenstimulation vom Geburtshelfer allein getroffen werden soll.

5.2. Eröffnungsphase

Während der Eröffnungsperiode besteht die Möglichkeit, bei intakter Fruchtblase umherzugehen und sich frei zu bewegen. Alternativ kann die Patientin im Kreißbett gelagert werden. Die Kombination beider Möglichkeiten ist gegeben,nach anfänglichem Umhergehen nimmt die Patientin bei stärkeren Wehen, oder nach Abgehen des Fruchtwassers, die Lage im Kreißbett ein.

Im bereinigten Untersuchungskollektiv nahmen 76% der Frauen bereits zu Beginn der Eröffnungsperiode die Lage im Kreißbett ein. Von diesen empfanden 7% diese Lage als "sehr angenehm", 54% als "angenehm", 34% als "unangenehm" und 5% als "sehr unangenehm".

54% der Frauen hatten sich zu Beginn der Eröffnungsperiode frei bewegt. Von diesen empfanden 40% dies als "sehr angenehm", 52% als "angenehm, 7% als "unangenhem" und 1% als "sehr unangenehm".

Position der Frauen währen der Eröffnungsphase:

Position	U.-Koll.ber. N = 223	V.-Koll. N = 170
Lagerung im Kreißbett	76%	75,9%
freies Umhergehen	54%	24,1%

Beide Antwortmöglichkeiten waren beim bereinigten U.-Koll. zugelassen. Der größte Teil der Frauen hatte bereits zu Beginn der Eröffnungsperiode die Lage im Kreißbett eingenommen. Die Möglichkeit der freien Bewegung wird insgesamt als angenehmer empfunden.

Zur Frage des Lagerungswunsches bei einer künftigen Entbindung wollten 52% der Frauen des Untersuchungskollektives lieber umhergehen, 21% wollten im Kreißbett liegen, 27% waren unentschieden.

Wunsch der Frauen zur Position während der Eröffnungsphase bei künftigen Geburten:

Position	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Lagerung im Kreißbett	21%	16,5%
freies Umhergehen	52%	74,0%
unentschieden	27%	9,4%

Die Patientinnen des Vergleichskollektives äußern häufiger den Wunsch nach freier Bewegung während der Eröffnungsperiode, die Zahl der Frauen, die mit "unentschieden"

antworten ist sehr viel niedriger, als im Untersuchungskollektiv.

5.3. Austreibungsphase - Gebärlage

Alle Entbindungen wurden im Kreißbett vorgenommen. 12% der Frauen empfanden dies als "sehr angenehm", 59% als "angenehm", 22% als "unangenehm" und 7% als "sehr unangenehm".

Bei Kentenich (1983) hatten 9,4% der Frauen auf einem Gebährstuhl, 90,6% im Kreißbett entbunden.

Gebärlage zur Austreibung im Kreißbett:

Beurteilung der Gebärlage	Prozentsatz der Frauen U.-Koll.ber. N = 223
sehr angenehm	12%
angenehm	59%
unangenehm	22%
sehr unangenehm	7%

Zur Frage der Gebärlage bei einer künftigen Geburt entschieden sich 75% der Frauen für die Lagerung im Kreißbett, nur 9% wollten im Gebärstuhl entbinden, 16% waren unentschieden.

Wunsch zur Gebärlage während der Austreibungsphase bei einer künftigen Geburt:

gewünschte Gebärlage	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
im Kreißbett	75%	57,1%
auf dem Gebährstuhl oder in hockender Stellung	9%	23,5%
unentschieden	16%	19,9%

Im Vergleichkollektiv hatten deshalb soviele Frauen den Wunsch nach einer Entbindung auf dem Gebährstuhl geäußert, weil in der dortigen Klinik ein Gebährstuhl zur Verfügung stand. Vor dessen Einführung war auch an dieser Klinik der Wunsch nach Entbindung auf dem Gebärstuhl geringer ausgeprägt. Für die Patientinnen des Untersuchungskollektives war die Möglichkeit der Entbindung auf dem Gebärstuhl nicht gegeben. Trotzdem äußerten 9% der Frauen den Wunsch nach dieser Entbindungsmöglichkeit. Dem könnte durch Einführung eines Gebährstuhles Rechnung getragen werden.

5.4. Technische Geräte

Durch die technischen Geräte wie Cardiotokograph und Tropfenzähler wurden 67% der Patientinnen beruhigt, 27% hatten die technischen Geräte nicht beachtet, 6% waren durch ihre Anwendung beunruhigt.

Auch bei einer künftigen Geburt wollten 88% der Patientinnen nicht auf die Geburtsüberwachung mit Hilfe technischer Geräte verzichten, nur 3% waren gegenteiliger Meinung, 9% antworteten mit "unentschieden".

Auch Saling gibt an, daß 95% der Befragten durch die medizinisch-technischen Geräte nicht gestört würden. 88,3% hätten die Geräte Sicherheit vermittelt (Saling 1981).

Walter (1979) erwähnt, daß 40,5% der befragten Patientinnen durch die Technik im Kreißsaal beruhigt worden seien, 55,5% der Patientinnen waren unbeeinflußt, 4,0% der Patientinnen seien durch technische Geräte erschreckt worden.

In der eigenen Untersuchung konnte festgestellt werden, daß die überwiegende Zahl der Frauen die technische Geburtsüberwachung als beruhigend und nicht störend empfand.

5.5. Operative Entbindungsmethoden

Beim Untersuchungskollektiv erfolgte in 80% der Fälle die Geburt spontan, in 9% wurde eine Sectio caesarea notwendig, in 6% eine Vacuum- und in 3% eine Zangenextraktion durchgeführt. In 59% der Fälle wurde ein Dammschnitt vorgenommen.

Angewandte operative Entbindungsmethoden:

Operative Methode	Prozentsatz der entbundenen Frauen U.-Koll. N = 248
Sectio caesarea	9%
Vacuumextraktion	6%
Forceps	3%
Spontangeburt	80%
Dammschnitt	59%

Mehrfachnennung war möglich.

Kentenich (1983) hatte bei seiner Untersuchung die Sectiones ausgenommen. Von den untersuchten Geburten seines Kollektives verliefen 67,1% der Geburten spontan, 32,9% wurden durch Vacuum- oder Zangenextraktion beendet. Der letztgenannte Wert stellt, verglichen mit anderen Untersuchungen, eine hohe Anzahl vaginal-operativ entbundener Frauen dar.

In der Münchener Perinatalstudie (1975-1977) betrug die Sectiofrequenz 12,7%, vaginal-operativ entbunden wurden 14,0% der Patientinnen, in 73,3% der Fälle erfolgte die Geburt spontan.

Beim Untersuchungskollektiv der vorliegenden Arbeit ist die Sectiorate im Vergleich mit der anderer Untersucher niedriger. Auch die Rate der vaginal-operativen Entbindungen ist niedriger, die Rate der Spontangeburten liegt höher.

5.6. Analgesie

Die Anwendung von Analgetika unter der Geburt ist sehr variabel und hängt von einer Reihe von Faktoren ab. Die Anwendung psychoprophylaktischer Geburtsmethoden reduziert den Verbrauch von Schmerzmitteln in vielen Fällen. Die Einstellung der Patientin zur Medikamenteneinnahme, sowie die individuelle Schmerzempfindlichkeit der Frau, spielen eine große Rolle. Weiterhin muß die Einstellung der betreuenden Ärzte und Hebammen zur Analgesie berücksichtigt werden. Auch sie entscheidet über großzügigen oder sparsamen Gebrauch von Analgetika.

13% der Frauen des Untersuchungskollektives erhielten kein Analgetikum, 18% wandten zur Schmerzlinderung ausschließlich die Atemtechnik nach Read an. in 16% der Fälle wurde Atemtechnik in Kombination mit anderen Analgesiemethoden durchgeführt.

Bei 4% der Frauen kamen Lokalanästhetika zur Infiltration des Dammes als alleinige Analgesieform zur Anwendung, bei 3% der Fälle Lokalanästhetika in Kombination mit intramuskulärer Applikation von Analgetika, wie Dolantin, Tranquilizern,wie Valium oder Spasmolytika. Bei 18% der Patientinnen war die Verabreichung intramuskulärer Analgetika die einzige Art der Analgesie.

Am häufigsten wurde die Pudendusblockade angewandt. Diese wurde bei 31% der Frauen durchgeführt, bei 14% als einzige Analgesieform, in 17% kombiniert mit intramuskulärer Analgetikagabe.

Die Periduralanästhesie wurde bei nur 3% der Frauen angewandt, davon einmal nach vorheriger Gabe eines intramuskulär verabreichten Analgetikums.

Die Paracervicalblockade wurde nicht durchgeführt.

Vollnarkosen kamen in 10% der Fälle zur Anwendung.

Walter (1979)gibt an, daß 5,6% der Frauen keine Schmerzmittel erhielten, bei 10,6% wurde eine Lokalinfiltration des Dammes zur Naht der Episiotomie durchgeführt, 13,7% der Patientinnen erhielten eine intramuskuläre Injektion, 6,1% der Fälle eine Pudendusanästhesie. Die häufigste Anästhesieform war mit 40,1% die Kombination von Pudendusblockade mit intramuskulärer Gabe von Analgetika. In 19,8% der Fälle wurde eine Periduralanästhesie ausgeführt.

Bei Kentenich (1983) wird als häufigste Anästhesieform die Periduralanästhesie angegeben (65,9%). Vollnarkosen waren bei diesem Kollektiv nicht angeführt. In 1,2% der Fälle wurde keine Maßnahme zur Schmerzausschaltung vorgenommen, allgemein wirkende Analgetika wurden nicht verabreicht. In allen allen anderen Fällen wurden Paracervicalblockade und Pudendusanästhesie angewandt.

Angewandte Analgesiemethoden:

Analgesiemethode	Prozentsatz der Frauen U.-Koll. N = 248
keine Analgesie	13%
lokale Infiltration des Dammes	4%
lokale Infiltration des Dammes + intramuskuläre Injektion	3%
intramuskuläre Injektion	18%
Pudendusblockade	14%
Pudendusblockade + intramuskuläre Injektion	17%
Periduralanästhesie	3%
Vollnarkose	10%
Atemtechnik nach Read	18%
	100%
Atemtechnik nach Read kombiniert mit anderen Methoden	16%

Analgesie - Wunsch bei künftigen Geburten:

Auf die Frage nach der Analgesie bei einer künftigen Geburt antworteten 64% der befragten Patientinnen mit "unentschieden", 3% wollten weniger, 14% mehr Analgetika. 19% der Frauen wollten auf ein Analgetikum verzichten.

Gesondert betrachtet wurde die Periduralanästhesie. 69% der Frauen wollten bei einer künftigen Geburt keine Periduralanästhesie, 27% waren unentschieden und nur 4% wünschten diese Methode der Analgesie. Häufig äußerten die Patientinnen den Wunsch, die Entscheidung über die Verabreichung von Analgetika Arzt und Hebamme zu überlassen.

Kentenich berichtet, daß 40% der Frauen des Vergleichskollektives auf Schmerzmittel verzichten wollten, und nur 5,3% mit "unentschieden" antworteten.

Im eigenen Untersuchungskollektiv ist erneut der hohe Anteil von Frauen, welche die Frage mit "unentschieden" beantworten, zu vermerken. Die Zahl der Patientinnen, die auf Analgetika verzichten wollen, ist wesentlich geringer als im Vergleichskollektiv.

Der Periduralanästhesie stehen die Frauen des Untersuchungskollektives ablehnend gegenüber. Diese Haltung beruht häufig auf falschen Vorstellungen, die sich die Landbevölkerung von dieser Analgesieform macht.

5.7. Schmerzempfindung

Zur Beschreibung der Schmerzen während der Geburt wird der Versuch gemacht, diese in Klassen einzuteilen. Die Schmerzen während der gesamten Geburtsdauer mit wenigen Worten zu charakterisieren, stellt mit Sicherheit eine grobe Vereinfachung dar. Sie wurde jedoch zum Zweck der Dokumentation gewählt. Die Schmerzintensität wurde in 4 Klassen eingeteilt: "Gut zu ertragen" - "weniger gut zu ertragen" - "schlecht zu ertragen" - "sehr schlecht zu ertragen".

Oft sind die Frauen zu Beginn der Geburt entspannt. Mit zunehmender Geburtsdauer und Wehenstärke empfinden sie mehr Schmerzen. Die Schmerzempfindung ist zudem abhängig vom individuellen Schmerzempfinden der Frau, von Informationen und früheren Erfahrungen des Geburtsgeschehens, von der individuellen Möglichkeit einer Frau, sich entspannen zu können und von der Anwendung einer bestimmten Analgesieform.

Im vereinigten Untersuchungskollektiv gaben 26% der Befragten an, die Geburtsschmerzen "gut ertragen" zu können, 44% konnten die Schmerzen "weniger gut", 18% "schlecht" und 12% "sehr schlecht" ertragen.

Schmerzempfindung während der Geburt:

Schmerzen konnten ertragen werden	Prozentsatz der Frauen U.-Koll. ber. N = 223
gut	26%
weniger gut	44%
schlecht	18%
sehr schlecht	12%

Walter (1979) stellt zur Beurteilung der Geburtsschmerzen einen Vergleich der Analgesieverfahren auf. Er unterteilt die Empfindungen in:"Angenehm" - "auszuhalten" - "sehr schmerzhaft" - "unerträglich". Die höchste Zahl angenehmer Empfindungen waren bei Geburten unter Periduralanästhesie zu verzeichnen, aber auch bei Geburten ohne Analgesieverfahren wurden von Frauen angenehme Geburtsschmerzen

angegeben. Die Beurteilung "sehr schmerzhafte" Empfindungen wurde von etwa einem Fünftel der Befragten unter Anwendung aller Analgesieverfahren gegeben.

5.8 Atmosphäre im Kreißsaal

Die überwiegende Anzahl der Patientinnen empfand die Atmosphäre im Kreißsaal als "angenehm".

Atmosphäre im Kreißsaal:

Empfindung der Frauen	Prozentsatz der Frauen U.-Koll. ber. N = 223
sehr angenehm	17%
angenehm	69%
unangenehm	14%
sehr unangenehm	0%

Ein Gefühl von Verlassenheit hatten 4% der Patientinnen, 96% der Frauen waren mit dem Geburtsablauf und der Betreuung im Kreißsaal zufrieden. Kritische Stimmen wurden nur in 4% der Fälle laut.

Kentenich (1983) gibt an, daß im Vergleichskollektiv 16,5% der Frauen die Atmosphäre im Kreißsaal kritisiert habe, das Gefühl von Verlassenheit hatten 12,9% der von Kentenich befragten Frauen.

Bei einer Untersuchung von Saling (1979) äußerten 20,5% der Frauen während der Geburt manchmal das Gefühl der Verlassenheit und 4,1% oft das Gefühl der Verlassenheit

gehabt zu haben.

Die meisten der Patientinnen des Untersuchungskollektives fühlten sich während der Geburt gut betreut und nicht allein gelassen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, daß die Hebamme meist nur eine Patientin zu betreuen hat. Nur in seltenen Fällen finden zwei oder mehrere Geburten gleichzeitig statt. Die niedrige Anzahl kritischer Stimmen kann, neben der Zufriedenheit mit der Betreuung während der Geburt, auch auf die weniger ausgeprägte Kritikfähigkeit der Landbevölkerung gegenüber der Institution Krankenhaus und Ärzteschaft/Hebammen zurückgeführt werden.

5.9. Anwesenheit des Partners

Bei den untersuchten Geburten konnten in 52% der Fälle die Väter anwesend sein. 99% der Frauen empfanden die Anwesenheit ihres Partners als "hilfreich".

Hägele (1983) berichtet, 42,5% der Frauen seines Untersuchungskollektives empfanden die Anwesenheit des Partners als "sehr hilfreich", 22,5% als "hilfreich", 25% der Frauen hatten durch die Anwesenheit des Partners keine Hilfe. 10% wurden durch die Anwesenheit des Partners belastet.

Beim Untersuchungskollektiv war der Wunsch nach Anwesenheit des Partners in 90% der Fälle von beiden Partnern ausgegangen. In jeweils 5% der Fälle ging der Wunsch einseitig nur von der Patientin oder ihrem Partner aus.

Anwesenheit des Partners während der Geburt:

Anwesenheit/Abwesenheit	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Partner war anwesend	52%	68,8%
Partner war abwesend	48%	31,2%

Gründe für die Anwesenheit des Partners während der Geburt:

Grund für die Anwesenheit	U.-Koll.	N = 129 ≙ 52%
Wunsch beider Partner	90%	
Wunsch der Mutter	5%	
Wunsch des Vaters	5%	

Gründe für die Abwesenheit des Partners bei der Geburt:

Grund für Abwesenheit	U.-Koll. N = 119 ≙ 48%	V.-Koll. N = 170
Wunsch beider Partner	17%	14,3%
Wunsch der Frau	4%	14,3%
Wunsch des Mannes	23%	38,1%
Verhinderung durch äußere Umstände	56%	19,0%

Die Abwesenheit des Partners wurde in den meisten Fällen (56%) durch äußere Umstände bedingt. Der Partner war aus beruflichen Gründen verhindert, hatte weitere Kinder zu versorgen oder konnte wegen der Notwendigkeit einer operativen Entbindung nicht an der Geburt teilnehmen. In 17% der Fälle sprachen sich beide Partner gegen die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt aus, in 4% der Fälle war die Frau dagegen, in 23% der Mann. Als Begründung wurde häufig angeführt: "Männer würden die Geburt nicht durchstehen", "die Frau könne die Geburt alleine besser bewältigen", "der Mann könne seiner Frau bei der Geburt nicht helfen".

Bei Kentenich (1983) waren 68,8% der Partner bei der Geburt anwesend. Alle Frauen empfanden dies als "hilfreich und positiv". Der Wunsch beider Partner nach Anwesenheit des Vaters war geringer, als der der einzelnen Partner. Zur Begründung der Abwesenheit des Partners berichtet Kentenich, daß die Männer sich häufig gegen die Anwesenheit bei der Geburt aussprachen. Die Verhinderung durch äußere Umstände trat dabei in den Hintergrund.

Anwesenheit des Partners - Wunsch bei künftiger Geburt:

Bei einer künftigen Geburt wünschten 71% der Frauen des Untersuchungskollektives die Anwesenheit des Partners während der Geburt. 14% waren gegenteiliger Meinung, 15% antworteten mit "unentschieden".

Beim Vergleichkollektiv hat Kentenich (1983) ähnliche Ergebnisse, nur die Zahl der mit "unentschieden" antwortenden Frauen liegt beim Untersuchungskollektiv höher.

Wunsch der Frauen nach Anwesenheit des Partners bei künftigen Geburten:

Wunsch nach Anwesenheit	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
ja	71%	78,8%
nein	14%	17,6%
unentschieden	15%	3,5%

Walter (1979) berichtet, 50% der Frauen hätten den Wunsch nach Anwesenheit des Partners bei einer künftigen Entbindung.

Bei Hägele (1983) hatten 1979 48% und 1981 65% der Befragten den Wunsch nach Anwesenheit ihres Partners bei der Geburt. Die Zahl der Väter, die an der Geburt teilnehmen, ist in den letzten Jahren angestiegen.

Beim Vergleichskollektiv war die Zahl der anwesenden Väter größer, der Wunsch nach Anwesenheit des Partners bei einer künftigen Geburt wurde etwas häufiger genannt, als beim Untersuchungskollektiv.

5.10. Lage des Kindes post partum

60% der befragten Mütter bekamen ihr Kind unmittelbar nach der Entbindung nackt auf den Bauch gelegt. 79% empfanden dies als "sehr angenehm", 18% als "angenehm", 2% als "unangenehm" und 1% als "sehr unangenehm". 40% bekamen ihr Kind angekleidet von der Hebamme in den Arm gelegt.

Lage des Kindes post partum:

Lage des Kindes	U.-Koll. ber. N = 223	V.-Koll. N = 170
Kind liegt nackt auf dem Bauch der Mutter	60%	75,3%

Empfindung der Mutter bei Lagerung des Kindes nackt auf ihrem Bauch:

Empfindung	Prozentsatz der Frauen N = 134 ≙ 60% d.ber.U.-Koll.
sehr angenehm	79%
angenehm	18%
unangenehm	2%
sehr unangenehm	1%

Wunsch bei künftiger Geburt:

Bei einer künftigen Geburt wollten 69% der Frauen des Untersuchungskollektives ihre Neugeborenen nackt auf den Bauch gelegt bekommen. 16% hatten den Wunsch, das Kind fertig angezogen in den Arm gelegt zu bekommen, 15% antworteten mit "unentschieden".

Wunsch der Mutter bei künftiger Entbindung:

Wunsch für künftige Entbindung	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Lage des Kindes nackt auf dem Bauch der Mutter	69%	89,4%

In der Untersuchung von Kentenich (1983) erhielten 75,3% der Mütter ihr Kind nackt auf den Bauch gelegt, alle empfanden dies als "sehr schön und angenehm". Für eine künftige Entbindung äußerten im Vergleichskollektiv 89,4% den Wunsch, auf diese Art den ersten Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen zu wollen.

Beim Vergleich der vorliegenden Untersuchung mit der Untersuchung von Kentenich (1983) ist festzustellen, daß bei den Frauen des Vergleichskollektives der Wunsch, ihr Kind nackt auf den Bauch gelegt zu bekommen, größer war und auch in höherem Maße realisiert wurde, als beim Untersuchungskollektiv.

Bei der Untersuchung von Hägele (1983) wird angegeben, daß 1979 58% der Mütter und 1981 56% der Mütter ihr Neugeborenes nackt auf den Bauch gelegt bekommen wollten.

Der Hautkontakt zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt ist Teil der Forderungen von F. Leboyer nach sanfter Geburt. Der Wunsch nach Leboyer zu entbinden, ist auch bei den Frauen des Untersuchungskollektives vorhanden (29%). 48% der Frauen antworteten mit "unentschieden", 23% mit "nein".

Wunsch der Frauen nach Entbindung nach Leboyer:

Entbindung nach Leboyer	U.-Koll. N= 248
ja	29%
nein	23%
unentschieden	48%

Vielen Frauen des Untersuchungskollektives ist ein großer Teil der Forderungen Leboyers bekannt. Lediglich zu Detailfragen, wie zum Auspulsierenlassen der Nabelschnur, bestand Unklarheit. Der geringere Teil der Patientinnen wünschte eine Geburt nach Leboyer.

5.11. Stillen

Von den Frauen des Untersuchungskollektives haben 27% ihr Kind kurze Zeit nach der Geburt - noch im Kreißsaal - zum erstenmal angelegt. 30% der Frauen stillten zum erstenmal nach mehr als 2 Stunden, aber auch noch nach einem oder 2 Tagen post partum. Insgesamt stillten 57% der Mütter, 43% stillten nicht.

Erstaunlich ist der Vergleich mit der Untersuchung von Kentenich (1983). 95% der von ihm befragten Mütter stillten. Ausschlaggebend für die Bereitschaft zum Stillen ist die Einstellung der Frauen zu dieser Frage. Die meisten Frauen hatten sich schon vor der Geburt für oder gegen das Stillen entschieden. Aber auch die Einstellung der Geburtshelfer und des Pflegepersonals spielen eine wichtige Rolle zur Stillbereitschaft der Frau.

In einer von Walter (1979) durchgeführten Untersuchung hatten nur 17% der Mütter den Wunsch, ihr Kind gleich nach der Geburt anzulegen, 4% waren unschlüssig. Die Mehrzahl der Frauen fühlte sich unmittelbar nach der Geburt erschöpft und müde. Sie wollten Ruhe und Erholung und waren dankbar für das Angebot der Klinik, das Neugeborene im Säuglingszimmer zu betreuen und zu versorgen. 77% dieser Frauen stillten ihr Kind.

5.12. Rooming-in

Im Kreiskrankenhaus Cham konnten 30% der Betten der geburtshilflichen Abteilung für Rooming-in genutzt werden. Im Krankenhaus Roding ist in allen Räumen der geburtshilflichen Abteilung Rooming-in möglich. Die Patientinnen haben die Möglichkeit der Wahl zwischen Rooming-in am Tag und Rooming-in während Tag und Nacht.

In unserem Untersuchungskollektiv führten insgesamt 31% der Patientinnen Rooming-in durch. 24% der Befragten hatten sich für Tages-Rooming-in entschieden. 67% der Frauen empfanden dies als "sehr angenehm", 30% als "angenehm", 3% als "unangenehm, keine Frau empfand Rooming-in als "sehr unangenehm".

Robrecht (1979) berichtet, daß 57,3% der Mütter Tages-Rooming-in durchgeführt hätten.

Für Rooming-in bei Tag und Nacht entschieden sich 7% der Frauen des Untersuchungskollektives. 50% empfanden dies als "sehr angenehm", 22% als "angenehm" und 28% als "unangenehm" und keine Mutter als "sehr unangenehm".

Häufig gaben die Patientinnen an, sich von den Anstrengungen der Geburt erst noch erholen zu müssen. Sie be-

gannen erst zwei Tage post partum mit dem Rooming-in. Erstgebärende führten in höherer Zahl Rooming-in durch, als Zweit- oder Mehrgebärende. Diese äußerten öfter den Wunsch nach Erholung und wollten Kräfte sammeln für die Zeit nach der Krankenhausentlassung. Der Wunsch nach Ruhe und Erholung zeigt sich auch an der Bevorzugung der Möglichkeit des Tages-Rooming-in und in der schlechteren Bewertung des Rooming-in bei Tag und Nacht.

Walter (1979) stellt mit Zunahme der Parität abnehmende Bereitschaft der Mütter zur Durchführung von Rooming-in fest.

Bewertung verschiedener Formen des Rooming-in durch die Frauen:

Bewertung	Tages-Rooming-in N = 70 ≙ 24% des Gesamtkoll.	Tag/Nacht-Rooming-in N = 18 ≙ 7% des Gesamtkoll.
sehr angenehm	N = 47 ≙ 67%	N = 9 ≙ 50%
angenehm	N = 21 ≙ 30%	N = 4 ≙ 22%
unangenehm	N = 2 ≙ 3%	N = 5 ≙ 38%
sehr unangenehm	N = 0	N = 0

In der Untersuchung von Kentenich (1983) hatten 90% der Frauen Rooming-in durchgeführt. 59,3% davon Tages-Rooming-in, 40,3% Tag/Nacht-Rooming-in.

Auch beim Wunsch nach der Durchführung von Rooming-in bei einer künftigen Geburt sind Unterschiede zwischen dem Untersuchungskollektiv und dem Vergleichskollektiv festzustellen. Bei Kentenich (1983) möchten 92,9% der

befragten Frauen Rooming-in wählen.

Beim eigenen Untersuchungskollektiv sprachen sich für Rooming-in bei künftiger Geburt 41% für Tages-Rooming-in und 13% für Tag/Nacht-Rooming-in aus. 46% der Patientinnen wollten kein Rooming-in durchführen.

Bereitschaft der Frauen zur Durchführung verschiedener Formen des Rooming-in:

Bereitschaft zur Durchführung von:	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
Tages Rooming-in	41%	92,9%
Tag/Nacht Rooming-in	13%	
keine	46%	5,9%
unentschieden	k.A.	1,2%

Die Zahl der Mütter, die Rooming-in wünschen, ist wesentlich höher (54%), als die Zahl derer, die Rooming-in bei der Entbindung gewählt hatten (31%). Daraus läßt sich ableiten, daß bei einer Erhöhung des Angebotes an Rooming-in möglicherweise mehr Mütter dieses Angebot nutzen würden.

Die Bereitschaft zur Durchführung des Rooming-in ist bei den Frauen des Untersuchungskollektives geringer als bei den Frauen des Vergleichskollektives.

5.13. Ambulante Geburt

Nur 2 Frauen (1%) im gesamten Untersuchungskollektiv führten eine ambulante Entbindung durch. Diese Möglichkeit der Entbindung ist nicht allen Frauen bekannt (77%).

Neuenschwander (1981) beschreibt in einer Untersuchung von Geburten zwischen den Jahren 1978 und 1980 eine steigende Rate von ambulanten Entbindungen (1978 - 1,8%, 1980 - 4,3%).

Beim Untersuchungskollektiv wollen 17% der Frauen bei einer künftigen Geburt ambulant entbinden. 71% der Patientinnen lehnten die Möglichkeit der ambulanten Geburt ab, 12 % waren unentschieden.

Wunsch der Frauen nach ambulanter Entbindung bei künftiger Geburt:

Wunsch nach ambulanter Entbindung	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
ja	17%	8,3%
nein	71%	83,3%
unentschieden	12%	8,4%

Auch bei Kentenich (1983) ist die Zahl der Frauen, die sich gegen eine ambulante Entbindung aussprechen, hoch. Weniger Frauen seines Kolektives waren für die ambulante Geburt, weniger äußerten sich unentschieden.

5.14. Hausgeburt

Einer großen Anzahl der Patientinnen des Untersuchungskollektives ist die Möglichkeit der Hausgeburt bekannt (85%). Die überwiegende Anzahl war jedoch der Meinung, diese Art der Geburt sei zwar früher üblich gewesen, könne aber jetzt nicht mehr durchgeführt werden. Nur eine Minderheit (1%) hatte den Wunsch, bei einer künftigen Geburt eine Hausentbindung durchzuführen. 2% der Frauen antworteten mit "unentschieden", 97% lehnten eine Hausgeburt ab.

Wunsch der Frauen nach einer Hausgeburt bei künftiger Entbindung:

Wunsch nach Hausgeburt	U.-Koll. N = 248	V.-Koll. N = 170
ja	1%	10,6%
nein	97%	77,6%
unentschieden	2%	11,8%

Eindeutig wird im Untersuchungskollektiv die Hausgeburt als Entbindungsmethode abgelehnt. Eine relativ hohe Anzahl der Frauen würde jedoch bei einer künftigen Entbindung die Möglichkeit einer ambulanten Geburt wählen (17%). Das sind mehr Frauen als im Vergleichskollektiv. Bei den von Kentenich (1983) befragten Frauen war die Bereitschaft zur Hausentbindung größer.

6. Verhalten der Mutter

Die Mehrzahl der Frauen des Untersuchungskollektives war nach eigener Einschätzung während der Geburt "etwas aufgeregt" (46%), "etwas verkrampft" (60%) und "etwas angstvoll" (54%). Diese Verhaltensweisen wurden jedoch nicht über die gesamte Geburtsdauer beobachtet. So war oft zu Beginn der Wehentätigkeit weitgehende Entspannung festzustellen. Erst mit zunehmender Geburtsdauer und Schmerzhaftigkeit der Wehen stellten sich Angst und Verkrampfung ein.

Die einzelnen Möglichkeiten mütterlichen Verhaltens werden in einer Skala zusammengefaßt. Um diese erstellen zu können, wurden für jede Verhaltensmöglichkeit Punkte vergeben. Je ruhiger, entspannter und gelassener die Patientin während der Geburt war, umso niedriger fiel die Zahl der Bewertungspunkte aus.

Die Verhaltensweisen der Frauen beurteilten auch die betreuenden Hebammen. Die Bewertungen durch die Hebammen sind positiver ausgefallen,als die durch die Frauen selbst. Der überwiegende Teil der Frauen verhielt sich nach der Meinung der Hebammen "ruhig" (54%), "entspannt" (47%) und "gelassen" (53%). Auch in der Verhaltensskala ergibt sich dadurch ein günstigerer Wert.

Daß die Beurteilung des Verhaltens der Mutter durch die Hebammen günstiger ausfällt, kann darauf zurückgeführt werden, daß sie durch ihre Erfahrung im Umgang mit Gebärenden, mit den Verhaltensweisen der Frauen vertraut sind. Eine "etwas aufgeregte" Patientin ist für die Hebamme nicht außergewöhnlich. Sie ist auf diese Verhaltensweise eingestellt. Die Patientin selbst jedoch vergleicht ihr Verhalten mit ihrem sonstigen Gemütszustand. Da die Geburt für sie in der Regel ein

ganz besonderes Ereignis ist, kommt sie eher dazu, sich als "sehr aufgeregt" zu beschreiben, obwohl sie auf die Hebamme den Eindruck macht "etwas aufgeregt" zu sein. Manchen Frauen gelingt es außerdem, ihre Gefühle zu beherrschen und nach außen nur wenig zu zeigen. So kann es vorkommen, daß die Hebamme eine Bewertung des Verhaltens mit "etwas angstvoll" angibt, während die Patientin sich "sehr angstvoll" fühlt.

Verhalten der Frauen während der Entbindung:

Verhaltens-merkmal	Beurteilung durch die Patientin U.-Koll.ber. N = 223	Beurteilung durch die Hebamme U.-Koll.ber. N = 223	Punktzahl der Verhal-tensskala
ruhig	22%	54%	1
etwas aufgeregt	46%	33%	2
aufgeregt	25%	7%	3
sehr aufgeregt	7%	6%	4
entspannt	21%	47%	1
etwas verkrampft	60%	39%	2
verkrampft	16%	9%	3
sehr verkrampft	3%	5%	4
gelassen	24%	53%	1
etwas angstvoll	54%	34%	2
angstvoll	17%	8%	3
sehr angstvoll	5%	5%	4

Skala zur Bewertung des Verhaltens der Frauen während der Entbindung:

Punktzahl	Beurteilung durch die Patientin U.-Koll.ber.N=223	Beurteilung durch die Hebamme U.-Koll.ber.N=223
3 - 4	20%	53%
5 - 6	45%	32%
7 - 8	21%	6%
9 - 10	10%	4%
11 - 12	4%	5%

7. Kollektiv Hausfrau/Landwirtin

Durch die gesonderte Betrachtung des Kollektives Hausfrau/Landwirtin und den Vergleich mit dem gesamten Untersuchungskollektiv wird das Verhalten der Frauen auf dem Land während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett differenzierter dargestellt.

7.1. Informationsstand

Prozentsatz der mit "ja" beantworteten Fragen	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/ Landwirtin N = 109
bis 50%	11%	17%
51 - 70%	25%	21%
71 - 90%	44%	45%
über 90%	20%	17%

Der Informationsstand der befragten Frauen ist beim Kollektiv Hausfrau/Landwirtin etwas geringer als beim gesamten Untersuchungskollektiv.

7.2. Geburtsvorbereitung

Die Geburtsvorbereitung wurde durch Erstellen einer Skala bewertet. Je geringer die erreichte Punktzahl ist, umso weniger hatten sich die Frauen auf die Geburt vorbereitet.

Geburtsvorbereitung der Frauen:

Punkte	U.-Koll. N = 248	U.-Koll. Hausfrau/Landwirtin N = 109
bis 2	12%	14%
3 - 4	43%	47%
5 - 6	34%	32%
7 - 8	11%	7%

Die Geburtsvorbereitung des Kollektives Hausfrau/Landwirtin ist etwas schlechter als die des Gesamtkollektives.

7.3. Wunsch der Frauen nach besserer Vorbereitung auf eine künftige Geburt:

Wunsch nach besserer Vorbereitung	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/Landwirtin N = 109
ja	27%	24%
nein	48%	54%
unentschieden	25%	22%

Eine geringere Zahl der Frauen des Kollektives Hausfrau/Landwirtin wollte sich auf eine künftige Geburt besser vorbereiten.

7.4. Schwangerenvorsorge

Betreuung der Schwangeren durch	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/ Landwirtin N = 109
Hausarzt	11%	13%
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	71%	66%
beide	18%	21%

Die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen wurden beim Kollektiv Hausfrau/Landwirtin häufiger vom Hausarzt vorgenommen als beim Gesamtkollektiv.

7.5. Anwesenheit des Vaters bei der Geburt

Anwesenheit des Vaters	U.-Koll.ber. N = 223	Koll. Hausfrau/ Landwirtin ber. N = 101
	52%	43%

Beim Gesamtkollektiv waren die Väter häufiger bei der Geburt anwesend als beim Kollektiv Hausfrau/Landwirtin.

7.6. Wunsch der Frauen nach Anwesenheit des Vaters bei künftiger Geburt

Wunsch nach Anwesenheit des Vaters	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/ Landwirtin N = 109
ja	72%	61%
nein	14%	21%
unentschieden	14%	18%

Beim Gesamtkollektiv wünschten mehr Frauen die Anwesenheit des Vaters bei einer künftigen Geburt als im Kollektiv Hausfrau/Landwirtin.

7.7. Stillen

Ausführung des Stillens	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/ Landwirtin N = 109
Anlegen im Kreißsaal	27%	26%
Stillen wird später begonnen	30%	25%
das Kind wird nicht gestillt	43%	49%

Die Frauen des Gesamtkollektives stillten in höherer Anzahl als die Frauen des Kollektives Hausfrau/Landwirtin.

7.8. Wahrnehmung der Möglichkeit des Rooming-in

	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/ Landwirtin N = 109
Häufigkeit des Rooming-in	31%	30%

Zur Häufigkeit des Rooming-in bestehen nahezu identische Angaben beider Gruppen.

7.9. Wunsch der Frauen nach Rooming-in bei künftiger Geburt

Wunsch nach Rooming-in	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/ Landwirtin N = 109
am Tag	41%	36%
Tag und Nacht	13%	11%
kein Wunsch nach Rooming-in	46%	53%

Der Wunsch nach Rooming-in ist im Kollektiv Hausfrau/ Landwirtin geringer ausgeprägt als im gesamten Untersuchungskollektiv.

7.10. Anzahl der Frauen, die keine Analgetika erhielten

	U.-Koll. N = 248	Koll.Hausfrau/ Landwirtin N = 109
keine Analgetika	13%	19%

Im Kollektiv Hausfrau/Landwirtin lag der Anteil der Frauen, die keine Analgetika erhielten, höher als beim Gesamtkollektiv der Untersuchung.

7.11. Schmerzempfindung der Frauen während der Entbindung

die Schmerzen waren	U.-Koll.ber. N = 223	Koll.Hausfrau/ Landwirtin ber. N = 101
gut zu ertragen	26%	29%
weniger gut zu ertragen	44%	40%
schlecht zu ertragen	18%	20%
sehr schlecht zu ertragen	12%	11%

Die Beurteilung der Schmerzempfindung während der Geburt ist in beiden untersuchten Gruppen ähnlich.

7.12. Verhalten der Frauen während der Entbindung (von der Patientin selbst beurteilt)

Das Verhalten der Mutter während der Geburt wurde mittels einer Skala bewertet. Je ruhiger und gelassener und entspannter sich die Frauen verhielten, umso weniger Punkte wurden vergeben

Punkte	U.-Koll.ber. N = 223	Koll.Hausfrau/ Landwirtin ber. N = 101
3 - 4	20%	25%
5 - 6	45%	45%
7 - 8	21%	16%
9 - 10	10%	11%
11 - 12	4%	3%

Es ist festzustellen, daß sich die Frauen des Kollektives Hausfrau/Landwirtin in höherer Zahl ruhig, gelassen und entspannt verhielten.

V. DISKUSSION

1. Persönliche Daten

Die Frauen des Untersuchungskollektives weisen ähnliche Merkmale auf, wie die Frauen des Vergleichskollektives von Kentenich. Auf dem Land kommen häufiger Frauen der Altersgruppe 21 - 25 Jahre zur Entbindung. Häufiger sind die Frauen verheiratet (95% gegenüber 80% im Vergleichskollektiv). In der Münchener Perinatologiestudie (1975) werden 91,8% verheiratete Frauen angegeben.

Von den Frauen des Untersuchungskollektives sind 45% Erstgebärende. In der Münchener Perinatologiestudie wird die Zahl der Primiparae mit 53,2% angegeben.

Die Schul- und Berufsausbildung der befragten Frauen ist geringer als bei den von Kentenich in Berlin befragten Frauen. Es finden sich im Untersuchungskollektiv 25% mehr Hauptschulabsolventinnen als im Vergleichskollektiv. 8% weniger Frauen hatten eine Hochschule besucht. Auch Berufsausbildung und Berufstätigkeit zeigen ein Gefälle zwischen Stadt und Land. Die Zahl der Frauen, die auf dem Lande leben und keine Berufsausbildung haben, ist um 15,6% höher, die Zahl derer, die als Arbeiterin, Facharbeiterin oder als Hausfrau tätig sind, ist um 15% höher als im Vergleichskollektiv.

10% der Frauen des Untersuchungskollektives geben als Beruf "Landwirtin" an. Diese Zahl erscheint für den in überwiegendem Maße landwirtschaftlich orientierten Landkreis Cham gering. Erklärung hierfür ist die Tatsache, daß ein Großteil der bäuerlichen Betriebe in dieser Gegend Nebenerwerbs- und Zuerwerbsbetriebe sind. Die Familien, die diese Betriebe bewirtschaften, verstehen sich nicht als "Bauern". Die Frauen ordnen ihre Beschäftigung

daher nicht der Gruppe "Landwirtin", sondern der Gruppe "Hausfrau" zu.

2. Informationsstand

Der Informationsstand der auf dem Lande lebenden Frauen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist als durchwegs gut zu bezeichnen. Technische geburtshilfliche Methoden sind gleichermaßen bekannt, wie Methoden der natürlichen Geburt. 20% der Befragten konnten über 90% der Fragen zu geburtshilflichen Verfahrensweisen beantworten. 71 - 90% der Frauen beantworteten 44% der gestellten Fragen positiv. Es muß jedoch eingeräumt werden, daß bei der Frage nach der Bekanntheit einzelner geburtshilflicher Methoden, durch Verwechslungen falsch negative oder positive Antworten entstanden sein könnten, da die Fragen nicht näher erläutert wurden. Dies wird angenommen auf Grund der Ergebnisse zu den Fragen nach der Entbindung auf dem Gebährstuhl und nach der Pudendusanästhesie.

Kirchner (1979) hat zum Informationsstand der von ihm befragten Frauen festgestellt, daß 48,5% Informationsmängel, insbesondere über die erste Woche nach der Entbindung angaben, während das Wissen über Schwangerschaft und Geburt relativ gut sei.

Tietze (1979) gibt an, daß 64% seines Untersuchungskollektives informiert sei über den Verlauf der Schwangerschaft. Bei Fragen nach genaueren Einzelheiten habe sich jedoch das Bedürfnis nach weiterer Information ergeben.

3. Informationsquellen

Die Frauen auf dem Lande beziehen Informationen aus ähnlichen Quellen, wie die Stadtfrauen. Bücher, Zeitschriften und Fernsehen vermitteln das Wissen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in ähnlich häufiger Zahl beim Untersuchungskollektiv wie beim Vergleichskollektiv von Kentenich.

Der Ehemann bzw. Partner und Freunde spielen als Informationsquellen zu Fragen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Vergleichskollektiv von Kentenich eine größere Rolle als im eigenen Untersuchungskollektiv. Auf dem Lande werden persönliche Angelegenheiten, wie die Geburtsvorbereitung, seltener nach außen getragen. Selst im Familienkreis werden Themen wie Schwangerschaft und Geburt sehr zurückhaltend besprochen. Häufig gilt dieser Themenbereich als "Frauensache", und wird deshalb auch nur unter Frauen beredet.

Die auf dem Lande lebenden Frauen erhielten Informationen zur Geburtsvorbereitung und zur Geburt deutlich häufiger (40%) durch den Hausarzt, als die Stadtfrauen (2,9% im Vergleichskollektiv von Kentenich).
In der Münchner Perinatologiestudie (1975) wird angegeben, daß sich 7,9% der Schwangeren beim Allgemeinarzt informierten. Tücke (1975) gibt an, daß bei höherer sozialer Schicht die Frauen bevorzugt den Gynäkologen aufsuchen.

4. Geburtsvorbereitung

Die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen wurden im eigenen Kollektiv in 11% der Fälle vom Hausarzt vorgenommen, bei 18% der Befragten führten Hausarzt und Gynäkologe die Betreuung der Schwangeren durch. Diese Zahlen sind im Vergleich mit Kentenich (1983) und der Münchner Perinatologiestudie (1975) hoch.

Die Betreuung durch den Hausarzt hat den Vorteil, daß ihm die psycho-sozialen Faktoren und die Familiensituation der Patientin bekannt sind. Die Verwertung dieser Informationen ist von großer Wichtigkeit (Wenderlein 1979).

Vor allem Erstgebärende unter 16 Jahren, Mehrgebärende, Ausländerinnen und alleinstehende Schwangere vernachlässigen die Vorsorgeuntersuchungen (Greenberg 1983, Selbmann 1984). Deshalb muß bei der Schwangerenvorsorge versucht werden, vor allem diese Gruppen in die Vorsorge mit einzubeziehen (Beck Ch. 1983). Auch der Zeitpunkt des Beginns der Schwangerschaftsüberwachung ist von Wichtigkeit. Je später die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen werden, umso häufiger treten Risiken während der Geburt auf, umso häufiger werden auch Neugeborene in Kinderkrankenhäuser verlegt (Selbmann 1984).

Im eigenen Untersuchungskollektiv wurden die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen regelmäßig durchgeführt (bei 92% der Frauen siebenmal und öfter). Die Ultraschalluntersuchungen wurden bei 98% der Patientinnen durchgeführt.

Auf dem Lande ist der Besuch von Veranstaltungen und Vorträgen manchmal schwierig, weil große Entfernungen zu überwinden sind,und häufig nur ein unzureichendes Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln besteht. Im Winter kommen dazu noch Probleme mit schlechten Straßenverhältnissen. Erstaunlich ist, daß trotzdem eine hohe Anzahl der Frauen geburtsvorbereitende Veranstaltungen besucht hatte. Nur 4% weniger Frauen als im Vergleichskollektiv von Kentenich hatten Schwangerschafts-Gymnastikkurse besucht. Das Angebot, in einem Säuglingspflegekursus den Umgang mit dem Kind zu erlernen, wurde sogar von 12% mehr Frauen des Untersuchungskollektives wahrgenommen.

Auch auf das Erlernen psychoprophylaktischer Geburtsverfahren wird Wert gelegt. 42% der Frauen des Untersuchungs-

kollektives hatten die Atemtechnik nach Read erlernt. Zum Teil war dies noch zu Beginn der Eröffnungsphase unter Anleitung der Hebamme erfolgt. Dies war dann möglich, wenn die Hebamme nur eine Patientin zu betreuen hatte,und Zeit zum Üben der Atemtechnik blieb.

Holtdorf berichtet, daß eine gute psychoprophylaktische Vorbereitung der Frauen zu einer geringeren perinatalen Mortalität führt. Er stellt eine Verkürzung der Geburtsdauer, eine niedrigere Zahl operativer Geburtsbeendigungen, ein selteneres Auftreten fetaler Asphyxie und niedrigere Frühgeburtsraten fest (Holtdorf 1981).

Im eigenen Untersuchungskollektiv achten die Frauen während der Schwangerschaft verstärkt auf ihren Körper und auf ihre Gesundheit. Dies kommt zum Ausdruck durch die große Zahl von Frauen, die auf Nikotin (88%) und Alkohol (91%) verzichten und auf gesunde Ernährung (50%) achten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß 11% der Frauen des Untersuchungskollektives eine sehr gute Geburtsvorbereitung hatten, 34% eine gute und 43% eine befriedigende Geburtsvorbereitung. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Kentenich (1983) bei der Befragung der Frauen in der Stadt.

5. Geburtshilfliche Methoden

5.1. Geburtseinleitung

Deutliche Unterschiede lassen sich bei der Anwendung geburtshilflicher Methoden feststellen. Im Untersuchungskollektiv werden bedeutend weniger Amniotomien verzeichnet als im Vergleichskollektiv von Kentenich (53% weniger). Medikamente zur Wehenstimulation werden seltener verabreicht (56% seltener).

Die Programmierte Geburt kommt nur bei 3% der Gebärenden zur Anwendung. Auch beim Vergleich mit der Münchener Perinatologiestudie (1975) ist die Zahl der Geburtseinleitungen und die Verabreichung von Medikamenten zur Wehenstimulation geringer.

Der Wunsch nach Geburtseinleitung,sowie der Verabreichung von Wehenmitteln,ist im eigenen Kollektiv deutlich geringer ausgeprägt, als im Vergleichskollektiv von Kentenich (1983). Wunsch nach Geburtseinleitung: 14% gegenüber 36,5%. Wunsch nach Verabreichung von Wehenmitteln: 18% gegenüber 72,4% im Vergleichskollektiv.

Die Ausbildung der Geburtshelfer und deren Einstellung zu technischen und natürlichen geburtshilflichen Methoden, haben großen Einfluß auf die Praxis der Geburtshilfe.

Verschiedene Autoren stehen der Programmierten Geburt, wie auch der Einleitung, kritisch gegenüber. Mac Farlane (1978) erwähnt, daß durch die Oxytocininfusion die Wehen in so kurzen Abständen auftreten, daß den Frauen keine Zeit mehr bleibt,sich zu erholen. Die Kontrolle der Atmung gehe verloren, dadurch würden die Uteruskontraktionen schmerzhafter empfunden.
Gieren (1980) sieht in einer frühzeitigen Blasenerőffnung Nachteile. Durch den frühen Verlust der Fruchtwasserhülle stehen Nabelschnurkomplikationen als potentielle Gefahr im Vordergrund. Die Amniotomie sollte nur dann vorgenommen werden, wenn die Vorteile der störungsfreien Herzschlagsregistrierung und der schnelle Geburtsverlauf die potentiellen Nachteile überwiegen.
Kitzinger (1984) gibt an, daß Frauen nach einer Geburtseinleitung mehr Schmerzmittel benötigen. Bei Frauen aus niedrigem sozialen Milieu würden weniger Geburtseinleitungen vorgenommen, als bei Frauen höherer sozialer Schichten.

Bolte (1976) hebt die Vorteile der Programmierten Geburt hervor. Durch Kalkulierbarkeit von Risiken während Schwangerschaft und Geburt können perinatale Mortalität und Morbidität wesentlich verringert werden. Der Zustand der Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt, war im Kollektiv der terminierten Geburt besser als im Vergleichskollektiv. Dies ist auch auf eine Verkürzung der Geburt um etwa zwei Stunden zurückzuführen. Auch bei Hillemanns (1975) und Förting (1978) werden durch die Programmierte Geburt bessere Apgarwerte und weniger Komplikationen erreicht. Jung (1974) beschreibt eine mit 0,64% gegenüber 1,0% geringere perinatale Mortalität bei Programmierter Geburt gegenüber Geburten mit spontanem Beginn.

Die niedrige Zahl an Amniotomien und Verabreichung von Medikamenten zur Wehenstimulation bei den Frauen des eigenen Untersuchungskollektives ist mit der ebenfalls geringen Rate an Programmierten Geburten zu erklären, bei deren Verlauf Amniotomie und Wehenmittel notwendig werden.Weiterhin wird die Periduralanästhesie selten angewandt (3%), in deren Verlauf häufig Wehenmittel gegeben werden müssen. Horstschäfer (1979) gibt an, daß bei der PDA die Rate der vaginal-operativen Entbindungen höher ausfällt. Diese ist im Untersuchungskollektiv niedrig (9%).

Weiterhin kann als Begründung der geringen Anwendung von Amniotomien, Gabe von Medikamenten zur Wehenstimulation und Programmierten Geburten angeführt werden, daß die Hebammen die Geburten sehr selbständig leiten und möglichst mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln beenden wollen. Die Ärzte werden, vor allem in der Nacht, möglichst nicht gerufen. An den beiden Kreiskrankenhäusern Cham und Roding ist nachts ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst tätig. Der Anästhesist muß nachts von zu Hause gerufen werden.

5.2. Operative Entbindungsmethoden

Bei den Frauen des eigenen Untersuchungskollektives werden wenig operative Entbindungen vorgenommen. Die Sektiofrequenz ist mit 9% eher niedrig. Kentenich (1983) hatte die Sektiorate nicht angegeben. In der Münchener Perinatologiestudie (1975) betrug die Sektiofrequenz 12,7%. Schulze (1980) hat die Häufigkeit von Sectiones mit 8,1% angegeben, die Häufigkeit zeige jedoch steigende Tendenz.

Die Indikationsstellung ist zur Durchführung einer Sectio caesarea maßgebend. In den letzten Jahren wird auch bei Beckenendlagen und Frühgeburten diese Form der operativen Entbindung gewählt.

Die Stellung der Indikation ist auch verantwortlich für die Häufigkeit der vaginal-operativen Entbindungen. Bei Geburtsstillständen oder verlängerter Austreibungsphase ist es möglich, eine Vacuumextraktion vorzunehmen. Alternativ ist jedoch auch die Kristeller'sche Hilfe zur Unterstützung der gebärenden Frau möglich. Diese Methode bedarf keiner Narkose und wird deshalb bei den Frauen des Untersuchungskollektives häufig angewandt. Die Vacuumextraktion wurde bei 6%, eine Zangenentbindung bei 3% der Frauen durchgeführt. In der Münchener Perinatalstudie (1975) wurden 14%, bei Kentenich (1983) sogar 32,9% vaginal-operative Entbindungen vorgenommen. Saltini (1980) berichtet über 21% Vacuumextraktionen und über 9% Sectiones.

5.3. Position der Frau während der Entbindung

Die Rückenlage im Kreißbett hat sich mit der Einführung der klinischen Geburtshilfe durchgesetzt. Der Zugang zur Vagina ist optimal, die Geburtsüberwachung und -hilfe sehr gut möglich. Auch operative Entbindungsmaßnahmen können sehr gut vorgenommen werden.

Erst in jüngerer Zeit mehren sich kritische Stimmen, welche die Rückenlage während der Geburt in Frage stellen. Es wird größere Bewegungsmöglichkeit für die Frau während der Eröffnungsphase gefordert. Auch die liegende Position zur Austreibung sollte zugunsten einer halbsitzenden Position aufgegeben werden.
Odent (1978) meint, die liegende Position sei vor allem wichtig, damit der Geburtshelfer die Geburtszange besser anwenden könne.
Williams (1980) beobachtet in einer Studie keine Unterschiede zwischen Patientinnen, die während der Eröffnungsperiode umhergegangen waren und anderen, welche gelegen hatten, bezüglich Dauer der Eröffnungsperiode, Preßperiode, vitalen Komplikationen oder der Art der Entbindung.
Mendezbauer (1983) hingegen stellt an 120 überwachten Geburten fest, daß die Rückenlage die niedrigste Effizienz der Kontraktionen zur Erweiterung der Zervix und das höchste Maß an mütterlichen Beschwerden mit sich bringe. Die Kombination von sitzend-stehender Gebärhaltung zeige den kürzesten und angenehmsten Geburtsverlauf für die Patientin.

Über einen Gebärstuhl, welcher der heutigen Zeit und den technischen Geburtshilfemethoden gerecht wird, berichtet Bastians. Bei der Anwendung des Gebärstuhles kommt es zu einer Erhöhung von Frequenz und Effizienz der Wehen, was zu einer Verkürzung der Austreibungsphase führt. Das in der Rückenlage gefürchtete Vena cava-Kompressionssyndrom tritt nicht auf, die Kreißende kann aktiver am Geburtsprozeß

teilnehmen. Die technischen Möglichkeiten, die im Kreißsaal zur Anwendung kommen, können auch am Gebärstuhl praktiziert werden. Nachteilig werden beurteilt, daß der Zugang zu Vagina und Damm erschwert, die Vulva vermehrt ödematös verändert und die Kristeller´sche Hilfe nicht so wirkungsvoll ist (Bastians 1981).

Während der Eröffnungsphase hatten die Frauen des Untersuchungskollektives die Möglichkeit, sofort im Kreißbett zu liegen oder frei umherzugehen. Die gleiche Anzahl wie im Vergleichskollektiv von Kentenich (1983) wurde sofort im Kreißbett gelagert. 54% der Frauen des eigenen Kollektives entschieden sich zunächst für das Umhergehen gegenüber 24,1% beim Vergleichskollektiv von Kentenich (1983). Von den Frauen beider Kollektive wurde die Möglichkeit des Umhergehens angenehmer empfunden, sie wollten dies auch bei einer künftigen Geburt praktizieren.

Im Untersuchungskollektiv wurden alle Entbindungen im Kreißbett vorgenommen. Der größte Teil der Frauen (59%) empfand diese Position als angenehm. Bei Kentenich (1983) hatten 9,4% der Patientinnen auf dem Gebärstuhl entbunden. An den Krankenhäusern Cham und Roding stand kein Gebärstuhl zur Verfügung, trotzdem wollten 9% der Frauen bei einer künftigen Entbindung einen Gebärstuhl in Anspruch nehmen. Diesem Wunsch könnte durch Einführung eines Gebärstuhles Rechnung getragen werden.

Bei einer Befragung von Bastians (1981) gaben alle Frauen die auf dem Gebärstuhl entbunden hatten an, diese Entbindungsmöglichkeit für eine künftige Geburt erneut wählen zu wollen.

Im Vergleichskollektiv sprachen sich 23,5% der Frauen für die Entbindung im Gebärstuhl, bei künftiger Geburt aus. Die Frauen des Vergleichskollektives konnten eigene Erfahrungen

mit dem Gebärstuhl sammeln oder Berichte von Frauen nach deren Entbindung auf dem Gebärstuhl hören.

5.4. Analgesiemethoden

Gerade bei der Anwendung von Analgesiemethoden sind unterschiedliche Ansichten der Geburtshelfer zur Schmerzausschaltung, aber auch die persönliche Schmerzschwelle der Patientin von wesentlicher Bedeutung.

In den letzten Jahren steht man der Gabe von zentral wirksamen Analgetika eher zurückhaltend gegenüber, da durch die Verabreichung kurz vor der Austreibungsphase eine atemdepressive Wirkung beim Neugeborenen auftreten kann.

Auch die Parazervikalblockade wird zunehmend kritisch beurteilt. Rüther (1975) berichtet, daß bei 6,9% der Geburten fetale Bradycardien auftreten, weiterhin werden fetale pH-Abfälle beobachtet. Die Extraktionsfrequenz ist mit 19% gegenüber 11% beim Kontrollkollektiv erhöht.
Selbst bei Anwendung einer oberflächlichen Injektionstechnik und Applikation niederer Bupivacaindosen werden in einem Drittel der Fälle Herzfrequenzänderungen beim Feten beobachtet (Puolakka 1983).

Die Pudendusanästhesie wurde durch Stockhausen (1979) weiterentwickelt. Durch Verwendung eines Jet injektors ließ sich die Dosis des Lokalanästhetikums um 70-80% reduzieren. Die Analgesie ist sehr gut, Komplikationen wurden nicht beobachtet.

Der Begriff der schmerzlosen bzw. schmerzarmen Geburt hat sich durch Anwendung der Periduralanästhesie in der Geburtshilfe einbürgern können. Bei der Periduralanästhesie entstehen allerdings auch Risiken wie Geburtsstillstand, Blut-

druckabfall bei der Mutter, post partuale Uterusatonie und Kopfschmerzen im Wochenbett nach Duraperforation. Eine strenge Indikationsstellung und eine intensive Überwachung sind notwendig. Biehler (1979) fordert erst bei starker Schmerzbelastung die Anwendung der PDA, da psychologisch negative Auswirkungen resultieren können. Das Geburtserlebnis sei nicht voll befriedigend, daraus können auch Stillschwierigkeiten resultieren.
Horstschäfer (1979) gibt eine erhöhte Rate an operativen vaginalen Entbindungen (16,6% gegenüber 10,5% beim Vergleichskollektiv) an. Die Geburtsdauer ist um 1-2 Stunden verkürzt, schwerwiegende Komplikationen werden nicht beobachtet, eine nennenswerte Hypotension der Mutter wird nicht gesehen. In 1% kommt es zur akzidentellen Durapunktion. Infektionen nach Einführung eines Katheters in den Periduralraum, negative Einwirkungen auf das Kind, wie etwa Bradycardien oder Veränderung des Apgar- und pH-Wertes, werden nicht beobachtet.
Neumark (1978) gibt keine erhöhte vaginal-operative Entbindungsrate bei der PDA an, eher würden vor allem die Bereitschaft des Geburtshelfers zu operativen Entbindungsmethoden deren Frequenz erhöhen.

Blasius (1981) stellt im Vergleich mit der Durchtrittsnarkose eine verlängerte Dauer der Eröffnungsperiode bei Erstgebärenden sowie eine verlängerte Dauer der Austreibungsperiode bei Erst- und Mehrgebärenden fest. Unter PDA gäbe es häufiger irreguläre Schädellagen, häufiger Geburtsstillstände, häufiger Dezelerationen und intrauterine Asphyxien. Blasius kommt zu dem Schluß, die PDA sei ein relativ sicheres Anästhesieverfahren, wobei die kontinuierliche Überwachung durch CTG wichtig sei.

In der Münchener Perinatalstudie (1975) wird berichtet, daß bei 4,3% der Spontanentbindungen ein Parazervikalblock,

bei 5,9% eine PDA, bei 52,5% eine Pudendusanästhesie und bei 32% lokale Infiltrationen angewandt worden sind. Vollnarkosen wurden bei 18% der spontanen Entbindungen durchgeführt.

Im eigenen Untersuchungskollektiv erhielten 13% der Patientinnen kein Analgetikum. Häufig wurde die Atemtechnick nach Read zur Schmerzlinderung angewandt (18%).

Wie auch bei anderen Untersuchern (Walter 1979 , Münchner Perinatalstudie 1975) stellt die Pudendusanästhesie die häufigste Anästhesieform dar (31%). Diese wird oft kombiniert mit zentral wirksamen Analgetika (17%).

Die Parazervikalblockade wird nicht durchgeführt. Selten kommt die PDA zum Einsatz (3%). Die geringe Rate an Periduralanästhesien läßt sich dadurch erklären, daß sie von den Geburtshelfern an den Kreiskrankenhäusern Cham und Roding nur selten angewendet wird. Zum anderen stehen die Frauen dieser Analgesieform ablehnend gegenüber. Nur 4% wünschen sie bei einer künftigen Geburt. Diese Haltung beruht zum großen Teil auf falschen Vorstellungen, die sich die Landbevölkerung von dieser Möglichkeit der Schmerzausschaltung macht. Häufig war bei der Beantwortung zu Fragen nach der PDA zu hören:"Da bekomme ich eine Rückenmarksspritze, da wird man ja gelähmt!" Eine Richtigstellung dieser Meinung und eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung über die Periduralanästhesie wäre von Vorteil.

Saltini (1980) berichtet über gute Erfahrungen mit der PDA bei terminierten Geburten. 50% der Patientinnen gaben nach Durchführung der PDA Schmerzfreiheit an, 29% empfanden eine deutliche Schmerzminderung. Der apparative Aufwand, wie das Anlegen der Tropfinfusion, des Cardiotokographen und die Ausführung der Periduralanästhesie wurde von 80% der Patientinnen als nicht störend beschrieben,die Mehrzahl (75%)

hatte durch die Schmerzfreiheit weniger Angst vor der Geburt, 47% der Frauen gaben an, daß sie durch die Schmerzfreiheit die Geburt intensiver erleben konnten.

Obwohl beim eigenen Untersuchungskollektiv häufig nur zur Austreibungsperiode die Pudendusanästhesie angewandt wurde, und viele Patientinnen die Geburt ohne Analgetikum erlebten, beurteilten die Frauen die Geburtsschmerzen als "überwiegend gut zu ertragen" (26%) bzw. "weniger gut zu ertragen" (44%). Hägele (1983) berichtet, daß 30% der Frauen seines Untersuchungskollektives die Geburtsschmerzen als "sehr schmerzhaft", 40% als "schmerzhaft" und 27% als "wenig bis nicht schmerzhaft" empfunden hätten.

Im eigenen Untersuchungskollektiv wollten 14% der Frauen bei einer künftigen Geburt mehr Analgetika und 19% weniger Analgetika verabreicht bekommen. Von Arzt und Hebamme wird das Verhalten der Frauen im Untersuchungskollektiv, das durch deren Schmerzempfindungen stark beeinflußt ist, vorwiegend positiv bewertet. Die Frauen sind zum großen Teil "entspannt" (22%), "ruhig" (24%) und "gelassen" (21%) bzw. "etwas aufgeregt" (46%), "etwas angstvoll" (54%) und "etwas verkrampft" (60%).

Anscheinend haben die vielfach harten Lebens- und Arbeitsbedingungen die Frauen, die auf dem Land leben, abgehärtet und auch gegen Schmerzen unempfindlicher werden lassen. Diese Frauen machen meistens wenig Aufhebens um die eigene Person, auch aus diesem Grund achten sie weniger auf Schmerzen. Eine Rolle bei der gesteigerten Indolenz könnte aber auch spielen, daß die zum größten Teil streng gläubigen Frauen die Worte "unter Schmerzen sollst Du Deine Kinder gebären" verinnerlicht haben. Geburtsschmerzen werden als notwendiges Übel akzeptiert.

6. Beurteilung des Geburtsverlaufes durch die Wöchnerin

Der größte Teil der Patientinnen des Untersuchungskollektives (96%) war mit dem Geburtsverlauf und mit der Betreuung durch Arzt und Hebamme zufrieden. Nur 4% der Frauen übten Kritik und gaben an, daß sie sich während der Entbindung verlassen fühlten.

Die technischen Geräte zur Geburtsüberwachung wurden von der überwiegenden Zahl der Frauen (67%) als beruhigend empfunden. Ähnliche Ergebnisse werden auch nach Untersuchungen von Saling (1981) und Walter (1979) berichtet. Eines der technischen Geräte zur Geburtsüberwachung,das die Patientinnen häufig als störend empfinden ist das CTG, weil die Gebärende möglichst ruhig liegen soll,um eine störungsfreie Ableitung der fetalen Herztöne zu gewährleisten. Auch der Befestigungsgurt wird von vielen Frauen als unangenehm empfunden.
Durch die Ableitung des Cardiotokogrammes ist jedoch eine kontinuierliche Überwachung der Geburt möglich. Unterschiede der Dip-Typen und Dip-Häufigkeiten gestatten Rückschlüsse auf Nabelschnurkomplikationen, Sauerstoffmangel des Feten und Plazentainsuffizienz(Bockelmann 1979).
Durch die Auskultation der fetalen Herztöne mit dem Holzstethoskop kann der tatsächliche Zustand des Feten nicht hinreichend beurteilt werden. Bräutigam (1981) beschreibt das hohe Risiko dieser Art der Geburtenüberwachung. Er kritisiert auch Odent, der die perinatale Mortalität in seiner Entbindungsklinik angibt, nicht aber die Frühgeburtsrate und Rate frühkindlicher Schädigungen.

Der Darstellung in Teilen der populärwissenschaftlichen Literatur, die in hohem Maße eine generelle Kritik an den Technizismen der Geburtshilfe übt, kann nicht zugestimmt werden. Die weitgehende Zufriedenheit der Frauen mit dem Geburtsverlauf, der Betreuung und Überwachung spiegelt

sich auch im Verhalten der Frauen des Untersuchungskollektives wieder. Sie sind während der Geburt zum großen Teil "entspannt, ruhig und gelassen."

7. Natürliche Geburt

Natürliche geburtshilfliche Methoden im Sinne von Leboyer werden beim Untersuchungskollektiv weniger häufig angewandt als beim Vergleichskollektiv von Kentenich (1983). Der Vater ist seltener bei der Geburt seines Kindes anwesend (17% seltener), das Kind wird der Mutter weniger häufig unmittelbar nach der Geburt nackt auf den Bauch gelegt (15% weniger), Rooming-in wird seltener praktiziert (59% seltener), die Bereitschaft der Frauen zum Stillen ist geringer (39% geringer). Lediglich die Atemtechnik nach Read wird von den Frauen im eigenen Kollektiv von 40% erlernt und zur Schmerzdämpfung angewandt. Dieser hohe Prozentsatz wird erreicht, weil die Atemtechnik nach Möglichkeit noch während der Anfangsphase der Geburt von der Hebamme mit der Patientin geübt wird.

7.1. Entbindung nach Leboyer

Verschiedene Autoren berichten über Beobachtungen an Kindern, welche nach der Methode von Leboyer zur Welt kamen. Durch die sanfte Geburt wird die Beziehung zwischen Eltern und Kind intensiver, vor allem den Vätern erleichtert das positive Geburtserlebnis das Annehmen ihrer Vaterrolle, beide Elternteile sind eher bereit sich ihren Kindern zuzuwenden. Bei den Müttern der nach Leboyer entbundenen Kindern wird eine Zunahme der Bereitschaft zum Stillen festgestellt. Bei Nachuntersuchungen von sanft entbundenen Kindern (1-3jährig) wurde ein Entwicklungsvorsprung zu herkömmlich entbundenen Kindern beobachtet (Rappaport 1978).

Nelson dagegen berichtet von einem Vergleich von nach Leboyer entbundenen Kindern mit "normal" Entbundenen. Er stellt bei Untersuchungen innerhalb der ersten Stunde, nach 24 und 72 Stunden, sowie nach 8 Monaten keinerlei Unterschiede im Verhalten der Kinder fest. Auch die Erkenntnisse der Mütter über die Geburtserfahrung und über ihr Kind unterscheiden sich nicht (Nelson 1980).
Kritisiert werden die Methoden von Read, Lamaze und Leboyer von Prill. Er weist darauf hin, daß in den geburtsvorbereitenden Kursen zu wenig über psychologisch relevante Faktoren vor der Geburt gesprochen wird. Es werde zuviel Wert auf Atemübungen gelegt. Die Beeinflußung des Schmerzzentrums durch die Atmung wird bezweifelt. Auch ein Großteil der Forderungen von Leboyer wird in Frage gestellt (Prill 1981).

Die Tatsache, daß natürliche Geburtsmethoden bei den Frauen, die auf dem Land leben, weniger Anklang finden, läßt sich nicht mit einem mangelhaften Informationsstand begründen. Die Frauen des eigenen Untersuchungskollektives sind über natürliche Geburtsmethoden relativ gut informiert, lediglich einige Detailfragen wie beispielsweise die Möglichkeit des Auspulsierenlassens der Nabelschnur, sind weniger bekannt. Die Frauen wissen zwar um die natürlichen geburtshilflichen Methoden, sind aber von deren Vorteilen nicht so sehr überzeugt, daß sie diese Methoden bei der Geburt des eigenen Kindes verwirklicht sehen möchten. Sie werten den Einfluß psychosomatischer Faktoren auf Mutter und Kind in geringerem Maße, als die Frauen des Vergleichskollektives von Kentenich. Dies zeigt auch die hohe Zahl unentschiedener Antworten bei den Fragen nach Wünschen zu künftigen Geburten.

7.2. Sensible Phase nach der Geburt

Gerade der Einfluß der sensiblen Phase der ersten Minuten des Mutter-Kind-Kontaktes nach der Geburt wird für wichtig erachtet.
Kinder, die einen langen, intensiven Kontakt in der ersten nachgeburtlichen Phase mit ihrer Mutter hatten, schrien weniger, die Mütter zeigten den Kindern gegenüber freundlicheres Verhalten im Gegensatz zu Müttern, welche ihr Kind nach der Geburt nur kurz gesehen hatten. Nach 3 Monaten zeigten die Mütter der erstgenannten Gruppe ihrem Kind mehr Zuwendung, die Kinder lächelten öfter und schrien weniger, als Kinder der Vergleichsgruppe mit kurzem post partalem Kontakt zur Mutter. Ein höherer Prozentsatz der Mütter mit frühem Kontakt stillte noch nach 3 Monaten (Klaus M. 1972, De Chateau 1977).
Der Augenkontakt, die Berührung, das Lächeln und Stillen können eine Langzeitwirkung auf die spätere Entwicklung des Kindes haben. Die Bedeutsamkeit der frühen Beziehung zeigt eine starke Korrelation zwischen der späteren Beziehung und Sensibilität der Mutter gegenüber dem Kind, dem langfristigen IQ des Kindes und einer weniger hohen Mißhandlungs- und Vernachlässigungsrate (Ferguson 1971, De Chateau 1977).

Im Untersuchungskollektiv erhielten die Frauen seltener als im Vergleichskollektiv von Kentenich (1983) ihr Kind nach der Entbindung nackt auf den Bauch gelegt (60% gegenüber 75,3%). Der Wunsch, daß bei einer künftigen Entbindung auf diese Weise der Mutter-Kind-Kontakt gefördert werde, war bei den Müttern beider Kollektive ausgeprägt. 69% der Frauen des Untersuchungskollektives und 89,4% der Frauen des Vergleichskollektives von Kentenich äußerten diesen Wunsch. In der Untersuchung von Hägele (1983) sprachen sich nur 56% der Frauen dafür aus.

79% der Mütter im eigenen Untersuchungskollektiv empfanden es als sehr angenehm, ihr nacktes Baby auf dem Bauch liegen zu fühlen. Wenn diese Möglichkeit der frühen, intensiven Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind vermehrt angeboten würde, wäre die Zahl der Mütter, welche diese Möglichkeit in Anspruch nehmen würden, wohl höher.

7.3. Anwesenheit des Vaters bei der Geburt

Auch der Einfluß der Anwesenheit des Vaters bei der Geburt auf die spätere Vater-Kind-Beziehung, sowie die Möglichkeit der Unterstützung und Aufmunterung der Gebärenden durch den Ehemann bzw. Partner, wird von den Frauen des Untersuchungskollektives für weniger wichtig erachtet als von den befragten Frauen im städtischen Bereich. Der Vater war 17% weniger häufig bei der Geburt anwesend als dies bei den Geburten im Vergleichskollektiv von Kentenich der Fall war. Der Wunsch nach einem gemeinsamen Geburtserlebnis war beim eigenen Kollektiv zu 90% von beiden Partnern ausgegangen. Als Gründe für die Abwesenheit des Mannes waren am häufigsten "äußere Umstände" angegeben worden (56%). Viele Männer der Landbevölkerung legen als Pendler weite Entfernungen zum Arbeitsplatz zurück. Auch wenn sie ihre Frauen zur Geburt begleiten möchten, ist dies oft nicht möglich, weil sie bei Geburtsbeginn zu weit entfernt von zu Hause sind, oder weil sie nicht verständigt werden können. Muß ein landwirtschaftlicher Betrieb versorgt werden, sind Fütterungszeiten und dringende, wetterabhängige Arbeiten oft die Gründe, die es Landwirten schwer machen, an der Geburt ihres Kindes teilzunehmen. Im Vergleichskollektiv von Kentenich gaben nur 19% der Männer an, durch äußere Umstände von der Geburt ferngehalten worden zu sein. Weitere 38,1% der Männer im Vergleichskollektiv geben "Abneigung gegen die Teilnahme an der Geburt"

als Grund ihres Fernbleibens an.

Die Frauen des eigenen Kollektives hatten die Anwesenheit ihres Partners zu 99% als angenehm und hilfreich erlebt. Bei der Frage nach der Anwesenheit des Partners bei künftiger Geburt zeigt sich zwar eine um 8% geringere Rate als im Vergleichskollektiv von Kentenich, dennoch wünschen 71% der Frauen ein gemeinsames Geburtserlebnis. Das sind 15% mehr, als die Frauen, welche die Anwesenheit des Partners bei der Entbindung erlebt hatten. Hier zeigt sich, daß durch bessere Information beider Partner zu Schwangerschaft und Geburt, durch den gemeinsamen Besuch von Vorträgen und Säuglingspflegekurs, durch Anwesenheit des Partners bei den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und durch gemeinsame Kreißsaalbesichtigung eine Geburtsvorbereitung für die werdenden Väter stattfinden könnte, mit dem Ziel, den Männern den Schritt in den Kreißsaal zu erleichtern und eine familienorientierte Geburtshilfe zu fördern.

Walter (1979) und Hägele (1983) hatten angegeben, daß etwa die Hälfte der befragten Frauen die Anwesenheit ihres Partners bei der Geburt wünschten. Die Zahl der Väter, die an der Geburt teilnahmen zeige jedoch steigende Tendenz.
Mac Farlane (1978) und Ferguson (1982) betonen, daß Väter, die an der Geburt ihres Kindes teilgenommen haben, mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen, als Väter einer Kontrollgruppe.
Nacke (1984) berichtet über das für den Vater überwältigende Geburtserlebnis, Väter würden für die spätere Beziehung zu ihrem Kind sensibilisiert. Auch können sie die Leistung der Frau unmittelbar begreifen (Lehr 1973). Weiterhin wird darauf verwiesen, daß es sich auf die Schmerzerfahrung der Frau positiv auswirkt, wenn sie mit dem Ehemann gemeinsam einen geburtsvorbereitenden Kursus besucht hat, und der Ehemann bei der Entbindung anwesend war. Auch war der Medikamentenverbrauch reduziert (Henneborn 1975, Noack 1976).

In der familienorientierten Geburtshilfe soll der Vater Partner sein, für Mutter, Arzt und Hebamme. Die Bedeutung der Technik in der Geburtshilfe und ihre Möglichkeiten sollen den Frauen und ihren Begleitern erklärt werden. Die Patientinnen und ihre Partner wollen mitsprechen, sie wollen manchmal auch in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden (Bräutigam 1981).

7.4. Stillen

Die enge Beziehung zwischen Mutter und Kind in der sensiblen Phase nach der Geburt wird durch das frühe Anlegen und das Brststillen fortgesetzt.

Im Untersuchungskollektiv stillten weniger Frauen als im Vergleichskollektiv von Kentenich (1983) (57% gegenüber 95,9%). 27% der stillenden Mütter hatten ihr Kind bereits kurz nach der Geburt anlegen können. In der Untersuchung von Walter (1979) äußerten 17% der Befragten den Wunsch, das Kind unmittelbar nach der Geburt anzulegen.

Eine Vielzahl von Faktoren kann störend oder hemmend auf das Stillen wirken. Mangelnde Anleitung unerfahrener Mütter, ungenügende Ausdauer oder gleichgültige Einstellung der Frauen, aber auch von Ärzten, Hebammen und Schwestern der Geburtsklinik, können zum Mißerfolg führen. Viele Frauen werden nervös, wenn beim Wiegen vor und nach den Mahlzeiten der Eindruck entsteht, sie könnten ihren Kindern nicht genügend Nahrung geben. Starre zeitliche Regelungen erschweren das Stillen für Mutter und Kind. Auch durch Zwischenmahlzeiten mit der Flasche in den ersten Lebenstagen können Stillschwierigkeiten resultieren. Bei manchen Frauen bestehen kosmetische Bedenken gegen das Stillen, andere fürchten Schmerzen durch die Uteruskontraktionen,die beim Stillen

einsetzen, aber auch Schmerzen durch Verletzungen der Mamille durch "Zubeißen" des Säuglings. Bei Müttern mit mehreren Kindern erschwert häufig die Eifersucht der Geschwister das Stillen. In diesen Fällen fehlen der Mutter oft Zeit und Ruhe, die zum Stillen notwendig sind. Die beiden letztgenannten Faktoren fehlen den meisten Landfrauen. Deshalb lehnen viele Frauen des Untersuchungskollektives das Brststillen ab. Die praktischen Vorteile, die Peters (1978) aufzeigt, können nicht überzeugen. Peters schreibt: Durch das Stillen steht die Nahrung für das Kind jederzeit ohne große Vorbereitung richtig temperiert zur Verfügung. Das Sterilisieren der Flaschen entfällt, Brustmilch ist billiger als gekaufte Säuglingsnahrung. Ein wichtiger Faktor ist auch, daß der Säugling durch Stillen leicht zu beruhigen und zu trösten ist.

In der populärwissenschaftlichen Literatur wird das Stillen seit Jahren propagiert. Es hat nicht zuletzt deshalb in den letzten Jahren wieder zugenommen.

Bedenken gegen das Stillen wurden laut, als bei Untersuchungen der Muttermilch erhöhte Schadstoffanteile aus der Umwelt gefunden wurden, welche unter Umständen eine Gefahr für den Säugling darstellen. So wird die Entscheidung für oder gegen das Stillen den Müttern nicht leicht gemacht, zumal eine intensive Werbung der Fertigmilchindustrie suggeriert, Fertigmilch sei zumindest genauso gut wie Muttermilch. Es sei kein Nachteil für das Kind, wenn es nicht gestillt würde.

7.5. Rooming-in

Gerade das Stillen und das Rooming-in-System werden weitgehend von den organisatorischen, räumlichen und personellen Möglichkeiten der Entbindungsklinik, sowie von der Einstellung von Ärzten und Pflegepersonal zu Stillen und Rooming-in beeinflußt.
Mütter fühlen sich zum großen Teil im Rooming-in-System wohler als auf herkömmlichen Wöchnerinnenstationen. Die Kinder gedeihen besser, die Bereitschaft zum Brststillen ist größer, Neugeborene schlafen früher nachts durch, zumal dann, wenn die Mutter free-demand-feeding praktiziert (Biermann 1980). Bei Durchführung von Rooming-in tritt gegenüber der Versorgung in großen Säuglingsstationen eine geringere nosokomiale Infektionsrate auf (Daschner 1984).
Robrecht (1979) betont, daß die Einrichtung von Rooming-in-Stationen häufig durch organisatorische, finanzielle und personelle Probleme behindert würde. Die Aufklärung der Frauen über das Stillen und die Möglichkeit des Rooming-in kämen zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme zur Geburt zu spät. Ein Großteil der Frauen hat zu diesem Zeitpunkt seine Entscheidung bereits getroffen.

Rooming-in wurde von 31% der Frauen des Untersuchungskollektives durchgeführt. Robrecht (1979) gibt an, daß 57,3% der Mütter Rooming-in durchgeführt hatten, bei Kentenich (1983) war diese Zahl mit 90% deutlich höher. Die Frauen des eigenen Kollektives äußerten sich durchwegs positiv über das Rooming-in-System. 67% hatten "sehr angenehme", 30% "angenehme" Empfindungen angegeben. Die Befragten bevorzugen allerdings Tages-Rooming-in gegenüber dem Tag-Nacht-Rooming-in. Auch bei weiteren Geburten wollten 54% der Mütter erneut das Rooming-in-System wählen. Die Zahl dieser Mütter liegt um 23% höher als die Zahl derer, die Rooming-in durchgeführt hatten. Erneut läßt sich ableiten, daß eine Erhöhung des

Rooming-in-Angebotes, sowie eine genauere Information der Frauen vor der Geburt, dazu führen könnte, daß mehr Frauen auf dem Lande Rooming-in für sich und ihr Kind wählen würden.

Dabei muß jedoch berücksichtigt werden, daß für viele Landfrauen die Wochenbettzeit eine wichtige Möglichkeit der Erholung bietet, da diese Frauen ansonsten wenig freie Zeit und meist keinen Urlaub genießen können.

7.6. Hausgeburt - ambulante Geburt

Über die Häufigkeit von Hausgeburten wird in der vorliegenden Untersuchung keine Aussage getroffen, sie sind jedoch im Landkreis Cham sehr selten. Der Wunsch nach einer Hausgeburt ist nur sehr gering vorhanden (1%). Im Vergleichskollektiv von Kentenich (1983) hatten 10,6% der befragten Frauen diesen Wunsch geäußert.

Die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung nahmen im Zeitraum der Befragung (Februar 85 - Juni 85) 2 Frauen wahr. 17% der Frauen äußern den Wunsch nach Durchführung einer ambulanten Entbindung bei einer künftigen Geburt. Im Vergleichskollektiv von Kentenich waren es 8,3% Frauen. Die ambulante Geburt ist nur bei geregelten häuslichen Verhältnissen eine gute Alternative zur herkömmlichen Entbindung mit anschließendem Kliniksaufenthalt.

Die Risiken der frühen Krankenhausentlassung sollten nicht unterschätzt werden. Viele Frauen sind durch die schnelle Rückkehr in ihre Familien physisch und psychisch überfordert. Sie haben kaum Möglichkeit sich von den Strapazen der Geburt zu erholen. Zudem können Komplikationen wie Infektionen bei Mutter und Kind, Sekundärheilung der Dammnaht, Ikterus und Verhaltensauffälligkeiten des Neugeborenen zur erneuten Klinikseinweisung führen. Die ambulante Geburt

ist jedoch ein Kompromiß für die Frauen, die eine Hausgeburt gewünscht haben, die jedoch deren Risiken ausschließen möchten. Deshalb ist eine ambulante Entbindung in psychosomatischem Sinne auch angstmindernd (Dudenhausen 1981). Auch Neuenschwander (1981) hält die ambulante Geburt bei richtiger Organisation für eine gute Alternative zur Hausgeburt.

Das Risiko der Hausgeburt wird von Römer dargestellt. Aus mehr als 8000 Geburten wurden für seine Untersuchung 1100 ausgewählt, denen Risikofaktoren während der Schwangerschaft völlig fehlten. Nur in 83% dieser Fälle kamen die Kinder spontan zur Welt. In 0,8% wurde eine Schnittentbindung, in 15% eine vaginal-operative Entbindung notwendig. In 10% der Fälle war eine drohende, in 0,9% eine akute fetale Asphyxie festzustellen. Nabelschnurumschlingungen wurden in 31,4% der Fälle registriert. Auch atonische Blutungen und protrahierte schwierige Geburtsverläufe traten unerwartet auf. Bei jedem 20. Neugeborenen wurden kontrollbedürftige Komplikationen in der ersten Woche post partum beobachtet (Römer 1982).

8. "Unentschiedene" Antworten

Häufiger als im Vergleichskollektiv von Kentenich (1983) finden sich "unentschiedene" Antworten auf Fragen nach den Wünschen bei künftigen Geburten (zum Beispiel: PDA 27%, sanfte Geburt 47%, bessere Geburtsvorbereitung 25%, Gabe von Analgetika 64%). Hieraus läßt sich ableiten, daß die Frauen des Untersuchungskollektives zu vielen Fragen keinen klaren Standpunkt vertreten - anders, als die Frauen im städtischen Bereich der Untersuchung von Kentenich (1983). Die Entscheidungen darüber, welche geburtshilflichen Maßnahmen durchzuführen sind, möchten viele Frauen dem Arzt bzw. der Hebamme überlassen. Möglicherweise ist hierfür

eine vermehrte Autoritätsgläubigkeit der Landbevölkerung verantwortlich. Diese Autoritätsgläubigkeit zeigt sich in vielen gesellschaftlichen Bereichen des Landlebens. In Familie, Gemeinde, Schule und Kirche finden sich hierarchische Strukturen, die nur selten angetastet werden. Die Frauen haben gelernt, sich einzuordnen und eigene Wünsche und Vorstellungen zurückzustellen.

9. Kollektiv Hausfrau/Landwirtin

Unterschiede im Verhalten der Frauen werden beim Vergleich des gesamten Untersuchungskollektives mit dem Kollektiv Hausfrau/Landwirtin deutlich.
Die Frauen des Kollektives Hausfrau/Landwirtin haben einen geringeren Informationsstand und eine weniger gute Geburtsvorbereitung als die Frauen des Gesamtkollektives. Seltener wird zu Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen der Gynäkologe aufgesucht (5% seltener). Der Vater ist bei der Geburt seines Kindes seltener anwesend (9% seltener), Rooming-in wird etwas weniger praktiziert (1% weniger) und die Zahl der stillenden Mütter ist geringer (6% geringer). Auch der Wunsch nach der Anwesenheit des Partners bei der Entbindung wird weniger häufig geäußert (11% weniger), der Wunsch nach Möglichkeit zur Durchführung des Rooming-in (7% weniger) und der Wunsch nach einer besseren Geburtsvorbereitung (3% weniger) wird von den Befragten im Kollektiv Hausfrau/Landwirtin seltener geäußert. Die Frauen dieses Kollektives erhalten während der Geburt häufiger kein Analgetikum (6% häufiger). Die Schmerzempfindungen werden von diesen Frauen jedoch ähnlich beurteilt, wie von den Frauen des gesamten Untersuchungskollektives.

Das Verhalten der Patientinnen beider Kollektive zeigt geringe Unterschiede. Die Frauen des Kollektives Hausfrau/Landwirtin sind in etwas höherem Maße "entspannt, ruhig und

gelassen" als die Frauen des Gesamtkollektives. Das mag darin begründet sein, daß sich die Patientinnen der Gruppe Hausfrau/Landwirtin weniger Gedanken über die Geburt und deren Verlauf machen und so auch weniger Erwartungen und Ängste entwickeln. Sie kommen gelassener und mit viel Vertrauen in das Können der Geburtshelfer in das Krankenhaus. Der Circulus vitiosus "Angst-Verspannung-Schmerz", den Read beschrieben hat, entwickelt sich aus diesen Gründen in geringerem Maße.

Beim Kollektiv Hausfrau/Landwirtin besteht eine verminderte Bereitschaft zur Durchführung natürlicher geburtshilflicher Methoden als beim Gesamtkollektiv der Untersuchung. Besonders das Stillen und Rooming-in werden wenig gewünscht, wohl deshalb, weil beides ein größeres Engagement der Mutter verlangt. Die Frauen des Kollektives Hausfrau/Landwirtin äußern im Wochenbett ein großes Bedürfnis nach Ruhe und Erholung, da sie im Alltag zu Hause mit vieler und schwerer Arbeit belastet sind. Psychosomatische Vorteile, die Stillen und Rooming-in, aber auch andere Methoden der natürlichen Geburtshilfe mit sich bringen, werden weniger hoch bewertet.

Die Lebensumstände der Landbevölkerung beinflußen deren Verhalten. Die Lebensumstände sind auch verantwortlich für den Bildungsstand und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht. Diese Faktoren haben das Verhalten der Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinflußt.
Cave erwähnt, daß Frauen, welche eine natürliche Geburt bevorzugen, einer höheren sozialen Schicht angehören, ein höheres Einkommen haben und besser gebildet sind (Cave 1978).
Einen Einfluß der sozialen Schicht auf die Stillbereitschaft der Mütter geben Stauber (1979 b) und Gerstner (1980) an. Sie stellen fest, daß mit höherer sozialer Schicht die Bereitschaft der Frauen, ihr Kind zu stillen, zunimmt.

10. Abschließende Gedanken

Seit dem Beginn der 70iger Jahre geht der Trend, vor allem bei der jüngeren Generation in den Städten, zurück zur Natur. Sogenannte Aussteiger ziehen auf das Land, um als "Selbstversorger" zu leben. Bioläden entstehen, in denen unverfälschte Naturprodukte zum Verkauf angeboten werden.

Im pädagogischen Bereich wird der Ruf nach antiautoritärer Kindererziehung laut. Junge Eltern fordern freie Kindergärten und Schulen. Auf die geistig-seelischen und körperlichen Bedürfnisse der Kinder soll möglichst uneingeschränkt eingegangen werden. Auch für die ersten Lebensminuten, -stunden und -tage werden diese Forderungen erhoben. Die herkömmliche Geburtsmedizin wird kritisiert. Eine Veränderung wird gefordert. Der emotionalen Seite des Geburtserlebnisses für Mutter bzw. Eltern und Kind soll mehr Raum gegeben und in den natürlichen Geburtsverlauf möglichst wenig eingegriffen werden. Immer mehr Paare wünschen ein gemeinsames Geburtserlebnis und eine natürliche Geburt für ihr Kind.

Durch die Fortschritte und Erfolge der perinatalen Medizin ist dies heute möglich. Durch die Einführung regelmäßiger Schwangerschaftvorsorgeuntersuchungen, durch die Erfassung und Überwachung der Risikoschwangerschaften sowie den verstärkten Einsatz technischer Geburtsüberwachung ist es gelungen, die perinatale Mortalität zu senken. Sie betrug in der BRD im Jahre 1968 noch 22,6%, im Jahre 1979 war sie auf 13,6% gesunken.

Nur unter solch günstigen Voraussetzungen konnte die idealistische Doppelforderung erhoben werden: Schwangerschaft und Entbindung sollen hinsichtlich der körperlichen Gesundheit von Mutter und Kind perfekt verlaufen, die Erfahrung

selbst soll emotional nichts zu wünschen übrig lassen (Mac Farlane 1978).

Die Hinwendung zu natürlichen Methoden hat in der Geburtsmedizin manche Veränderung gebracht. Vor allem durch die populärwissenschaftliche Literatur und durch die Erfahrungen der Frauen in den Geburtskliniken wurde dieser Wandel der breiten Öffentlichkeit bekannt. Die Darstellung der verschiedensten Möglichkeiten der Geburtshilfe, häufig bis in das kleinste Detail erklärt, führte aber auch zu vielen Mißverständnissen und nicht selten zur Verunsicherung.

Die großen Fortschritte der Geburtshilfe sieht Klostermann (1982) als wichtige Hilfe für die Entbindung der Risikoschwangeren. Eine normale Schwangerschaft und die Entbindung einer gesunden Frau sei nicht zu verbessern, jedoch zum Schlechteren zu verändern. Die Betrachtung nur eines Aspektes der Geburt mache einen blind, den gesamten Zusammenhang zu sehen. Die Geburt solle mehr sein als nur ein Studienobjekt für den Geburtshelfer. Klostermann befürchtet, die Schwangerschaft werde zu einer Krankheit, die Geburt zu einem chirurgischen Problem.

Alternative Formen der Geburtshilfe, die nicht notwendigerweise zu einer Zunahme der kindlichen und mütterlichen Sterblichkeit und geburtsbedingten Schäden führen müssen, sind wegen des a priori nicht abschätzbaren Risikos, das sie mit sich bringen können, nur dann praktizierbar, wenn die Frauen bereit sind, Verantwortung für die Fälle zu tragen, in denen ihr Neugeborenes oder sie selbst Schaden erleiden (Schievenhövel 1983).

Vor einer Überspannung des Bogens und einer übermäßigen Psychologisierung der Geburt warnt Saling (1979). Er sieht den mühsam erreichten medizinischen Fortschritt gefährdet durch eine Verteufelung der Technizismen. Die beste Lösung

sei die Berücksichtigung der wesentlichen psychologischen Aspekte bei vollem Einsatz des heute möglichen medizinischen Fortschrittes. Die weit überwiegende Rate der Patientinnen erkennt diesen Weg der familienfreundlichen Klinikbetreuung an.

Im Rahmen der Schwangerenberatung sollte eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung angestrebt werden, die eine Hilfestellung bei sozialen Problemen, psychologischer Geburtsvorbereitung und Information über die Relevanz der Mutter-Kind-Beziehung einschließt. Im Kreißsaal sollte eine intensive Zuwendung durch Arzt und Hebamme erfolgen, die Möglichkeit der Partneranwesenheit gegeben sein. Ein positives Geburtserlebnis unter Anwendung analgetischer Maßnahmen sollte erfolgen. Das Kind sollte der Mutter unmittelbar post partum überlassen werden. Im Wochenbett sollte die Möglichkeit von Rooming-in und Self-demand-feeding gegeben sein. Die Mutter-Kind-Beziehung sollte gefördert werden auch durch ermutigende Unterstützung beim Stillen. Die Mutter sollte Hilfestellungen bei allen auftretenden Fragen und Problemen erhalten (Stauber 1979 a).

Bei der vorliegenden Untersuchung konnte festgestellt werden, daß die Frauen, die auf dem Land leben, durchaus bereit sind, neue Formen der Geburtshilfe anzunehmen. Entscheidend dafür sind jedoch ausreichende Aufklärung der Frauen und ihrer Partner, sodaß sie sich schon in der Zeit der Schwangerschaft differenzierte Vostellungen vom kommenden Geschehen machen kann. Wenn dies erfolgt, ist es den Frauen auch möglich, Wünsche für die eigene Entbindung vorzubringen.

Die Frauen auf dem Land haben einen starken Bezug zur Natur. Das trifft insbesondere auf die Gruppe Hausfrau/Landwirtin zu. Eine Auswirkung dieser Naturbezogenheit auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kann angenommen werden. Die

natürliche Geburt im Sinne von Leboyer wird jedoch seltener gewünscht und seltener praktiziert als bei der Stadtbevölkerung. Die Entbindungen, über die in der vorliegenden Untersuchung berichtet wird, verlaufen dennoch zum größten Teil naturgemäß. Das heißt: Es wird wenig in den Geburtsverlauf eingegriffen. Dies zeigt sich an der geringeren Zahl der Geburtseinleitungen, der niedrigeren Rate operativer Entbindungen und der selteneren Verabreichung von Analgetika. Diese Art der Entbindung wird vom Großteil der Landfrauen (96%) akzeptiert.

Bei der Betreuung des Neugeborenen wird von vielen Landfrauen in erster Linie darauf Wert gelegt, daß das Kind versorgt ist. Der Wert der intensiven Mutter-Kind-Beziehung in der sensiblen Phase nach der Geburt, der Wert des Stillens und des Rooming-in aus psychologischer Sicht, wird nicht sehr hoch eingeschätzt.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Untersuchung wird das Verhalten von Frauen, die auf dem Land leben, während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett untersucht. Unterschiede zum Verhalten von Frauen, die in der Stadt leben, und unterschiedliche geburtshilfliche Methoden werden dargestellt.

Es wurden 248 Frauen befragt, die im Zeitraum von Anfang Februar 1985 bis Ende Juni 1985 in den Kreiskrankenhäusern Cham und Roding (Landkreis Cham/Oberpfalz) entbunden hatten.

Diesen Frauen wurde ein 10-seitiger, standardisierter Fragebogen vorgelegt, der Fragen zu folgenden Themen beinhaltet:

- Persönliche Daten
- Informationsstand zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Informationsquellen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- persönliche Geburtsvorbereitung
- geburtshilfliche Methoden - Kritik am Geburtsverlauf - Wünsche zu künftigen Entbindungen
- Verhalten der Mutter

Vom betreuenden Arzt bzw. der betreuenden Hebamme, wurden auf einem gesonderten Fragebogen ebenfalls Daten erhoben. Zu folgenden Punkten wurden Angaben gemacht:

- Geburtseinleitung
- Analgesie
- operative Entbindungen
- Verhalten der Mutter

Die erhobenen Daten wurden einer ähnlich aufgebauten Untersuchung, welche Kentenich 1983 in Berlin durchgeführt hatte, gegenübergestellt.

Weiterhin wurde ein Teilkollektiv (Kollektiv Hausfrau/Landwirtin) mit dem Gesamtkollektiv der vorliegenden Untersuchung verglichen.

Die Untersuchung erbrachte folgende Ergebnisse:

Die Frauen auf dem Lande sind häufig verheiratet (95%).
Es finden sich viele Zweit- und Mehrgebärende (55%).
Gegenüber der städtischen Bevölkerung läßt sich ein Bildungsgefälle feststellen.
Zu Fragen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett haben die Frauen auf dem Land ähnliche Informationsquellen wie die Stadtfrauen, der Informationsstand der Frauen kann als "gut" bezeichnet werden.

Die persönliche Geburtsvorbereitung der Landfrauen verläuft ähnlich, wie die der Frauen in der Stadt. Säuglingspflegekurse (31%) und Schwangerengymnastikkurse (36%) werden besucht. 11% der Frauen hatten eine "sehr gute", 34% eine "gute" Geburtsvorbereitung.

Die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wurden regelmäßig durchgeführt. Häufig betreut der Hausarzt auch die schwangere Frau (11%).

Im untersuchten Kollektiv wird wenig in den Geburtsablauf eingegriffen. Selten werden Amniotomien durchgeführt (12%) oder wehenstimulierende Medikamente verabreicht (24%). häufig erhalten die Frauen kein Analgetikum (31%). Die Pudendusanästhesie ist häufigste Analgesieform (31%), die Periduralanästhesie kommt nur in 3% der Fälle zur Anwendung.

Die Zahl operativer Entbindungen ist relativ gering (9% Sectiones, 9% vaginal-operative Entbindungen).

Alle Entbindungen werden auf dem Kreißbett vorgenommen, ein Gebärstuhl steht nicht zur Verfügung.

Natürliche Geburtshilfe - im Sinne von Leboyer - wird auf dem Lande seltener praktiziert als in der Stadt. Das Kind wird der Mutter seltener unmittelbar post partum überlassen, der Vater ist weniger oft bei der Geburt seines Kindes anwesend, Rooming-in wird nicht so häufig durchgeführt, die Zahl der stillenden Frauen ist geringer als in der Stadt.

Ein großer Anteil der Frauen hat keine eindeutigen Vorstellungen, welche geburtshilflichen Methoden bei einer künftigen Geburt durchgeführt werden sollen. Die natürlichen geburtshilflichen Methoden werden jedoch auch von Frauen gewünscht, bei denen diese Form der Entbindung nicht angewandt worden war.

Das Verhalten des Kollektives Hausfrau/Landwirtin unterscheidet sich vom Verhalten des Gesamtkollektives der Untersuchung. Die Frauen dieses Kollektives weisen einen geringeren Bildungsstand auf, die persönliche Geburtsvorbereitung und der Informationsstand zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind geringer. Bei der Entbindung sind die Frauen des Kollektives Hausfrau/Landwirtin in höherer Zahl "entspannt, ruhig und gelassen", als dies bei den Frauen des gesamten Untersuchungskollektives der Fall ist. Die Frauen machen wenig Aufhebens um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Hierdurch führen in geringerem Maße falsche Erwartungen und Ängste zum Circulus vitiosus - "Angst-Verkrampfung-Schmerz". Die Landfrauen haben eine relativ hohe Schmerz-

toleranz. Sie benötigen zur Entbindung nur wenig Schmerzmittel.

Für das Gesamtkollektiv kann festgestellt werden, daß die Frauen, die auf dem Land leben, zu 96 % angaben, mit der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zufrieden zu sein. Am Ablauf der Geburt wurde kaum Kritik geübt. Nur 6% der Frauen zeigten sich durch Anwendung technischer Geräte zur Geburtsüberwachung beunruhigt. Die Frauen waren während der Entbindung weitgehend "ruhig, entspannt und gelassen".

L I T E R A T U R V E R Z E I C N I S

BARTHEL, H.: Statistik I. UTB Gustav Fischer Verlag Stuttgart 1983

BASTIANS, R.: Klinische Erfahrungen mit der Geburt in sitzender Position. Die Berliner Ärztekammer 18 (1981) 427

BECK, C.T., J. HÜTER: Geburtsprophylaxe-Geburtsvorbereitung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 59 (1983) 180-183

BELLMANN, O.: Schwangerschaftsproteine - klinische Relevanz in der Spätschwangerschaft. Gynäkologe 16 (1983) 132-147

BERLIN, T.: Hausgeburt - eine Alternative. Courage 1 (1977) 30-32

BIEHLER, W.: Der Geburtsschmerz in psychosomatischer Sicht und die Geburtsanalgesie. Inauguraldissertation Univ. Düsseldorf (1977)

BIERMANN, G.: Die Bedeutung von Geburt und Wochenbett für die Mutter-Kind-Beziehung aus Sicht des Kinderpsychiaters. Therapiewoche 30 (1980) 638

BIESELT-HUBRAL,B.: Warum Frauen wieder stillen. Psychologie heute 6 (1977) Weinheim

BING, E.: Die Lamaze Methode, das Training für eine leichtere Geburt. Marion v. Schröder Verlag Hamburg (1981)

BLASIUS, TH.: Periduralanästhesie, Pudendus-, Coccygeusanästhesie und Durchtrittsnarkose. Inauguraldissertation Univ. Lübeck (1981)

BOKELMANN, J.: Die Bedeutung der Cardiotokographie für die Geburtsleitung. Habilitationsschrift Univ. Düsseldorf (1979)

BOLTE, A. et al.: Vor- und Nachteile der terminierten Geburt. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 36 (1976) 220

BRÄUTIGAM, H.H.: Fortschritt nach rückwärts? Über die Risiken der sanften Geburt. In: Die schöne Geburt hrsg. von Schreiber M. Rowohlt Verlag Reinbeck bei Hamburg (1981)

BRECKWOLDT, M., G. RECK: Untersuchungen der fetoplazentaren Einheit als geburtshilfliche Entscheidungshilfe. Gynäkologe 16 (1983) 124

CAVE, C.: Social characteristics of natural childbirth: Users and nonusers. Am. J. Publ. Health 68 (1978) 898

DASCHNER, F.: Infectious hazards in rooming-in-sytems. J. Perinat. Med. 12 (1984) 3

DE CHATEAU, P., B. WIBERG: Long-term effect on mother-infant-behaviour of extra contact during the 1. hour post partum - I. First observations at 36 hours. Acta Paediatr. Scand. 66 (1977 a) 137

DE CHATEAU, P., B. WIBERG: Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum - II. A follow-up at three month. Acta Paediatr. Scand. 66 (1977 b) 145

DE CHATEAU, P. et al.: A study of factors promoting and inhibiting lactation. Develop. Med. Child Neurol. 19 (1977) 575

DEGENHARD, K.H.: Das Kind im Mutterleib - was ihm nützt, was ihm schadet. Bild der Wissenschaft 2 (1977)

DUDENHAUSEN, J.W.: Vor- und Nachteile der Klinikgeburt, ambulanten Geburt und Hausgeburt. Podiumsgespräch auf dem 10. Dtsch. Kongreß für perinatale Medizin, Berlin 8.-12.12.1981

DUDENHAUSEN, J.W.: Praxis der Perinatalmedizin Thieme Verlag Stuttgart 1984

ELTERN: Elternsonderhefte 1977-1985 Verlag Gruner und Jahr München

FERGUSON, M.: Die sanfte Verschwörung. Knaur'sche Verlagsbuchhandlung München 1982,313

FÖRTING, B.: Geburtsleitung durch Amniotomie. Inauguraldissertation Univ. Erlangen (1978)

GERSTNER, G., W. GRÜNBERGER: Faktoren, die das Brutstillen beeinflussen können. Z. Geburtshilfe und Perinat. 184 (1980) 70

GIEREN, S.C., V.M. ROEMER, E.M. PFISTERER: Zeitpunkt des spontanen Blasensprungs. Sein Einfluß auf Geburtsverlauf und kindliches Wohlergehen. Geburtsh. u. Frauenheilk. 40 (1980) 593-601

GREENBERG, R.S.: The impact of prenatal care in different social groups. Obstet. Gynecol 145 (1983) 797

HABERMEHL, A.: Signifikanz. Dtsch. Ärzteblatt 19 (1984) 1550

HÄGELE, D. et al.: Modische Trends in der Geburtshilfe. Z. Geburtsh. u. Perinat. 187 (1983) 38

HENNEBORN, W.J., R. COGAN: The effect of husband participation on reported pain and the probability of medication during labour and birth. J. of psychosomatic research 19 (1975) 215

HILLEMANNS, H.G., F. MROSS, H. SCHUELLER: Die programmierte Geburt auf der Basis der artifiziellen Fruchtblasenöffnung. In: Perinatale Medizin, Band VI, hrsg. von Dudenhausen, J.W., E.Saling Thieme Verlag Stuttgart 1975

HOLTDORF, J.: Psychoprophylaktische Vorbereitung u. objektiver Geburtsverlauf. Symposion zu: Der Geburtsschmerz u. seine Beeinflußung Alternativen zu pharmakol. Methoden. Budapest 2./3. Mai 1980 In: Wiss. Information 7, Heft 3 (1981) 53. Hrsg. von der wiss. Abteilung der Milupa AG, Friedrichsdorf/Taunus

HORSTSCHÄFER, W.: Kontinuierliche lumbale Periduralanästhesie in der Geburtshilfe. Fortschritte der Medizin 97, 18 (1979) 870

ISSEL, E.P.: Zur mechanischen Einwirkung der geburtshilflichen Zangen auf den fetalen Schädel. Zbl. Gynäkol. 99 (1977 a) 487

ISSEL, E.P.: Die erweiterte Sektioindikation bei der Entbindung des Fetus aus Beckenendlage. Zbl. Gynäkol. 99 (1977 b) 919

JORDAN, B.: Gebären oder Entbunden werden. Psychologie heute 3 (1982) Weinheim

JUNG, H., G. LAMBERTI, R. AUSTERMANN, P. CLOSS: Die programmierte Geburt. In: Perinatale Medizin, Band V, hrsg. von Dudenhausen, J.W., E.Saling. Thieme-Verlag Stuttgart 1974

KAPPY, K.A.: Vaccum extractor. Clinics in perinatology 8, 1 (1981) 79

KENTENICH, H.: Natürliche Geburt in der Klinik - zum Verhalten von Frauen während Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Inauguraldissertation FU Berlin 1983

KENTENICH, H., M. STAUBER: Die individuelle Geburt. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 45 (1985) 153

KIRCHNER, H., G. KARKUT, I. ENDERS: Die Bedeutung einer familienorientierten Geburtshilfe u. ihre Konsequenzen für die Entbindungsklink. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 39 (1979) 720

KITZINGER, H.: Mutter werden über 30. Kösl Verlag Stuttgart 1984

KLAUS, M.H. et al.: Marternal attachment. Importance of the first post-partum days. New Engl. J. of Med. 286 (1972) 460

KLOSTERMANN, G.J.: The universal aspects of childbirth: Human birth as a socic psychosomatic paradigm. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 1 (1982) 35

KNOOP, U. et al.: Postpartuale Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 44 (1984) 192

LANDOLDT, A., J.BENZ: Geburtsvorbereitung nach Lamaze - subjektive oder objektive Beeinflußung der Geburt? Therapeutische Umschau 38 (1981) 963

LEBOYER, F.: Der sanfte Weg ins Leben - Geburt ohne Gewalt. Verlag Desch München 1974

LEHR, U.: Eltern-Kind-Beziehung in der ersten Lebenszeit. Z. Geburtshilfe und Perinat. 182 (1978) 317

LIND, J.: Die Geburt der Familie in der Frauenklinik. Med. Klinik 68 (1973) 1597

LÜDICKE, K.: Sind ambulante Entbindungen möglich? Gynäkol. Praxis 4 (1980) 27

MAC FARLANE, A.: Die Geburt. Klett-Cotta Stuttgart 1978

MAJER, S.: Laura´s Geburt. Courage 12 (1977) 42

MARISCHEN, C.: Der Geburtsstuhl und andere mechanische Hilfsmittel beim physiol. Geburtsablauf. Inauguraldissertation FU Berlin 1978

MARSHALL, H.K., et al.: Importance of the first post-partum days. New Engl. J. of Med. 2 (1972) 460

MAU, G.: Genußmittel während der Schwangerschaft - Bedeutung für das Kind. Gynäkologe 10 (1977) 45

MENDEZ-BAUER, C. et al.: Vorteile u. Nachteile verschiedener mütterlicher Stellungen während der Geburt. Curare Sonderband F.Vieweg Braunschweig 1983

MENTZEL, H.: Sectio bei Frühgeburt aus der Sicht des Neonatologen. Gynäkologe 17 (1984) 243

MÜLLER-HOLVE, W. et al.: Ultraschall-Basis-Untersuchung in der Schwangerschaft. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 41 (1981) 607

Münchner Perinatalstudie 1975-1977 Deutscher Ärzteverlag, Köln 1980

NACKE, K., J.P. LIPP: Ambulante Geburt. Kösel-Verlag Stuttgart 1984

NELSON, N. et al.: A randomized clinical trial of the Leboyer approach to childbirth. New Engl. J. of Med. 302 (1980) 655

NEUENSCHWANDER, F. et al.: Die ambulante Geburt: Erfahrungen und Organisation. Therapeutische Umschau 38 (1981) 981

NEUMARK, J., K. BAUMGARTNER: Analgetika und Psychopharmaka - Einfluß auf den Foetus u. das Neugeborene. In: Probleme der perinat. Medizin - 5 - Analgesie u. Anästhesie in der Perinatologie. Verlag Maudrich Wien 1978

NEUMARK, J. et al.: Epiduralanalgesie u. Spontangeburt. In: Probleme der perinat. Medizin - 5 - Analgesie u. Anästhesie in der Perinatologie. Verlag Maudrich Wien 1978

NOACK, H., H. ATAI: Klinikgeburt mit Ehemann. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 36 (1976) 340

ODENT, M.: Die sanfte Geburt. Kösel-Verlag Stuttgart 1978

PERREZ, M., H. SCHENKEL, M. STAUBER: Eine experimentelle Untersuchung zur psychologischen Geburtsvorbereitung. Z. für Geburtshilfe u. Perinatologie 182 (1978) 149

PETERS, J.: Stillen - weshalb wird ein physiol. Vorgang so oft zum Problem? Der Klinikarzt 7 (1978) 189

PRILL, J.: Sinn und Unsinn der vorgeburtlichen Übungsverfahren u. des subpartalen Verhaltens. Therapeutische Umschau 38 (1981) 956

PUOLAKKA, J.: Maternal and fetal effects of low dosage bupivaccaine paracervical block. J. Perinat. Med. 10 (1983) 75

RAPPAPORT, D.: Pour une naissance sans violence: Resultants di une premiere enquête: Bulletin de Psychologie 1978, Paris XXIX 322,8

READ, G.D.: Mutterwerden ohne Schmerz. Hoffmann u. Campe Verlag Hamburg 1971 hrsg. Snaith L., A. Coxon

ROEMER, V.M., J. HAUG: Zum Problem der Hausgeburtshilfe. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 42 (1982) 436

ROBRECHT, D., D. RICHTER, H. STEINER, H.G. HILLEMANNS Tages-Rooming-in - ein Beitrag zur familienorientierten Geburtshilfe. Z. Geburtsh. u. Perinat. 183 (1979) 296

RÜTHER, K., H. STOCKHAUSEN: Kritische Bewertung der PCB in der Geburtshilfe. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 35 (1975) 774

SALING, E.: Die Amnioskopie - ein neues Verfahren zum Erkennen von Gefahren - Zustände des Feten bei noch stehender Fruchtblase. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 22 (1962) 830

SALING, E.: Geburts- und Perinatalmedizin: Bestandsaufnahme zu einigen aktuellen Fragen. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979) 2747

SALING, E.: Zur Psychologisierung der Betreuung von Gebärenden. Therapeutische Umschau 38 (1981) 948

SALTINI, R. et al: Schmerzarme Geburt durch PDA bei terminierter Entbindung. Zbl. Gynäkologie 102 (1980) 303

SCHIEVENHÖVEL, W.: Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe. Curare Sonderband F.Vieweg Verlag Braunschweig 1983

SCHMIDT, W.: Ultraschallfetometrie. Z. Geburtshilfe u. Perinatologie 185 (1981) 327

SCHMIDBAUER, A.: Hebammentagebuch 1960. Michelsneukirchen bei Roding

SCHNEIDER, H.: Väter bei der Geburt - eine persönlichkeits- u. motivationspsychologische Studie Inauguraldissertation Univ. Bonn 1976

SCHNEIDER, H.: Motivation zum gemeinsamen Geburtserlebnis. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 38 (1978) 361

SCHNEIDER, H.P.G., W. SCHLEGEL: Prostaglandine in der Geburtshilfe. Arch. of Gynecology 235 (1983) 426

SCHULZE, G.: Die Sectioindikation in der modernen Geburtsmedizin. Zbl. Gynäkologie 102 (1980) 410

SELBMANN, H.K.: Teilnahme an der Schwangerenüberwachung in Bayern u. Messung ihrer Effektivität. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 44 (1984) 345

SPELGER, G. et al.: Das Neugeborene nach Morphin-induzierter Periduralanästhesie. Arch. of Gynecology 232 (1981) 547

STAUBER, M.: Psychohygienische Aspekte in der Perinatalen Medizin. Fortschritte der Medizin 97 (1979 a) 1013

STAUBER, M.: Psychosomatische Aspekte in der Geburtshilfe. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979 b) 797

STOCKHAUSEN, H. et al.: Die transvaginale Pudendusanästhesie mit dem Jet-Injektor. Perinatologie-Kongreß Berlin 11.-16.6. 1979

TIETZE, K.W., H. TRULL, U. JAENSCH, E. BARTOLOMEYCZIK: Soziale Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge. Gynäkologe 12 (1979 a) 143

TIETZE, K.W., M. CLAREN, G. FISCH, P. JAEDICKE: Ergebnisse aus der Dokumentation im Mutterpaß. Fortschritte der Medizin 97 (1979 b) 1127

TÜCKE, M. et al.: Soziale Schicht u. Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft. Münchner Med. Wochenschrift 117 (1975) 341

ULMSTEN, U. et al.: Intracervical applications of Prostaglandingel for inductions of term labour. Obstet. Gynecology 59 (1982) 336

WALTER, H.: Umfrage bei Wöchnerinnen einer großen Frauenklinik zum Geburtserlebnis. Fortschritte der Medizin 97 (1979) 344

WENDERLEIN, J.M.: Vermeidbare Risiken in der Schwangerschaft. Deutsche Ärzteblatt 76 (1979) 1086

WENDERLEIN, J.M.: E. MERKLE: Beschwerden infolge Episiotomie. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 43 (1983) 625

WILLIAMS, R.M. et al.: A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labours. Brit. J. of Ostet. Gynecology 87 (1980) 122

F R A G E B O G E N
(Teil I)

von der Patientin auszufüllen

Name:

Krankenhaus:

Entbindungsdatum: Nummer:

Fragebogen Teil I (von der Patientin auszufüllen)

Thema der Untersuchung:
Die Bedeutung moderner technischer und natürlicher geburtshilflicher Methoden im ländlichen Gebiet.

1. Informationsstand von Wöchnerinnen zu modernen technischen und natürlichen geburtshilflichen Methoden

Falls Ihnen eine der folgenden Methoden bekannt ist, bitte mit "ja" antworten, wenn nicht, bitte "nein" ankreuzen.

1.1. Während der Eröffnungsphase besteht die Möglichkeit:

a) im Kreißbett zu liegen — ja ( ) nein ( )

b) umherzugehen und wechselnde Stellungen einzunehmen — ja ( ) nein ( )

1.2. Zur Geburtseinleitung kenne ich folgende Behandlungsmethoden:

a) Einlauf — ja ( ) nein ( )

b) entspannendes Bad — ja ( ) nein ( )

c) Eröffnung der Fruchtblase — ja ( ) nein ( )

d) Infusion mit wehenfördernden Medikamenten — ja ( ) nein ( )

e) Auflockern des Muttermundes durch Zäpfchen — ja ( ) nein ( )

f) Programmierte Geburt — ja ( ) nein ( )

1.3. Zur Schmerzausschaltung während der Geburt sind mir folgende Methoden bekannt:

a) Schmerzzäpfchen — ja ( ) nein ( )

b) Injektion eines Schmerzmittels — ja ( ) nein ( )

c) rückenmarksnahe Leitungsanästhesie (Periduralanästhesie) — ja ( ) nein ( )

d) Nervenblockaden am Muttermund — ja ( ) nein ( )

e) Betäubung des Dammes zum Dammschnitt und zur Dammnaht — ja ( ) nein ( )

f) Lachgasnarkose — ja ( ) nein ( )

g) Vollnarkose — ja ( ) nein ( )

h) Atemtechnik — ja ( ) nein ( )

1.4. Zur Gebärlage während der Preßwehen kenne ich:

a) die Entbindung im Liegen im Kreißbett — ja ( ) nein ( )

b) die Entbindung in hockender Stellung — ja ( ) nein ( )

c) die Entbindung im Gebärstuhl — ja ( ) nein ( )

1.5. An Methoden zur operativen Geburtsbeendigung sind mir bekannt:

a) Dammschnitt — ja ( ) nein ( )

b) Saugglocke — ja ( ) nein ( )

c) Zangenentbindung — ja ( ) nein ( )

d) Kaiserschnitt — ja ( ) nein ( )

1.6. Ich kenne folgende klinische Überwachungsmethoden während der Geburt:

a) Abhören der kindlichen Herztöne mit dem Holzstethoskop — ja ( ) nein ( )

b) Blutdruckkontrolle der Mutter — ja ( ) nein ( )

c) vaginale Untersuchung — ja ( ) nein ( )

d) Wehenschreiber — ja ( ) nein ( )

e) Aufzeichnen der kindlichen Herztöne mittels Kopfschwartenelektrode — ja ( ) nein ( )

f) Tropfenzähler für Wehentropf — ja ( ) nein ( )

1.7. Die Anwesenheit des Vaters bzw. einer Vertrauensperson ist von Vorteil

a) zur Unterstützung der Gebärenden — ja ( ) nein ( )

b) zum Aufbau einer frühen Vater-Kind-Beziehung — ja ( ) nein ( )

1.8. Mir ist bekannt, daß zur sanften Geburt nach Leboyer gehört:

a) kein Lärm im Kreißsaal — ja ( ) nein ( )

b) gedämpftes Licht — ja ( ) nein ( )

c) angenehme Raumtemperatur — ja ( ) nein ( )

d) Auspulsierenlassen der Nabelschnur — ja ( ) nein ( )

e) das Kind wird der Mutter unmittelbar nach der Geburt auf den Bauch gelegt — ja ( ) nein ( )

f) warmes, liebevolles Bad — ja ( ) nein ( )

g) Anlegen im Kreißsaal — ja ( ) nein ( )

1.9. Weitere Behandlungsmöglichkeiten des Neugeborenen sind mir bekannt:

a) Absaugen — ja ( ) nein ( )

b) Sauerstoffgabe — ja ( ) nein ( )

c) Beatmung — ja ( ) nein ( )

d) Abnabelung unmittelbar nach der Geburt — ja ( ) nein ( )

e) Hochhalten an den Beinen — ja ( ) nein ( )

f) kurzes Reinigungsbad — ja ( ) nein ( )

g) das Kind wird der Mutter erst angezogen in den Arm gelegt — ja ( ) nein ( )

1.10. Im Wochenbett gibt es folgende Möglichkeiten, die mir bekannt sind:

a) Rooming-in nur am Tag — ja ( ) nein ( )

b) Rooming-in Tag und Nacht — ja ( ) nein ( )

c) Unterbringung von Mutter und Kind auf getrennten Stationen, das Kind wird der Mutter nur zu den Mahlzeiten gebracht — ja ( ) nein ( )

d) Verlegung des Kindes in die Kinderklinik aus medizinischer Indikation — ja ( ) nein ( )

1.11. Als Alternative zur Kliniksentbindung sind mir bekannt:

a) ambulante Entbindung (nach der Geburt und mehrstündigem Aufenthalt in der Klinik Entlassung nach Hause) — ja ( ) nein ( )

b) Hausgeburt — ja ( ) nein ( )

2. Informationsquellen der Schwangeren zur Geburtsvorbereitung:

Welche Informationsquellen haben Sie zur Geburtsvorbereitung benutzt, mehrere Nennungen sind möglich.

2.1. Massenmedien

a) Rundfunk, Fernsehen — ja ( ) nein ( )

b) Bücher, Zeitschriften, Broschüren z.B. vom Arzt — ja ( ) nein ( )

2.2. Medizinisch gebildete Personen

a) Hausarzt — ja ( ) nein ( )

b) Facharzt für Gynäkologie u. Geburtshilfe — ja ( ) nein ( )

c) Hebamme — ja ( ) nein ( )

2.3. Nicht medizinisch gebildete Personen

a) Mutter — ja ( ) nein ( )

b) Verwandte (z.B. Schwester, Schwiegerm.) — ja ( ) nein ( )

c) Freundinnen und Freunde — ja ( ) nein ( )

2.4. Spezielle Informationsangebote für Schwangere

a) Vorträge (z.B. Filmvortrag in der Entbindungsklinik) — ja ( ) nein ( )

b) Säuglingspflegekurs — ja ( ) nein ( )

2.5. Hatten Sie Erfahrung durch vorhergegangene Entbindungen? — ja ( ) nein ( )

2.6. Hatten Sie sonstige Informationsquellen? — ja ( ) nein ( )

3. Wie haben Sie sich persönlich auf die Geburt vorbereitet?

3.1. Schwangerschaftsgymnastik — ja ( ) nein ( )

3.2. a) Erlernen der Atemtechnik — ja ( ) nein ( )

b) Erlernen der Atemtechnik gemeinsam mit dem Partner — ja ( ) nein ( )

3.3. Änderung der Lebensweise

a) Ernährungsumstellung — ja ( ) nein ( )

b) Einstellung des Rauchens, bzw. Reduzierung des Rauchens — ja ( ) nein ( )

c) Einstellung des Alkoholkonsums, bzw. Reduzierung des Alkoholkonsums — ja ( ) nein ( )

d) Sonstige Vorbereitungen — ja ( ) nein ( )

3.4. Schwangerschaftsuntersuchungen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

a) durch Hausarzt — ja ( ) nein ( )

b) durch Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe — ja ( ) nein ( )

3.5. Häufigkeit der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen:

a) 0 - 3 mal ( )

b) 4 - 6 mal ( )

c) mehr als 7 mal ( )

3.6. Häufigkeit der Ultraschalluntersuchungen:

a) keinmal ( )

b) einmal ( )

c) zweimal und öfter ( )

4. Einschätzung des Geburtsverlaufes durch die Patientin:

4.1. Wie empfanden Sie die Lage im Kreißbett während der Eröffnungsphase?
- sehr angenehm ( )
- angenehm ( )
- unangenehm ( )
- sehr unangenehm ( )
- entfällt ( )

4.2. Wie empfanden Sie es, sich während der Eröffnungsphase frei bewegen zu können?
- sehr angenehm ( )
- angenehm ( )
- unangenehm ( )
- sehr unangenehm ( )
- entfällt ( )

4.3. Die Anwendung der Atemtechnik verlief
- sehr gut ( )
- gut ( )
- weniger gut ( )
- schlecht ( )
- entfällt ( )

4.4. Wie empfanden Sie die Gebärlage im Kreißbett bei den Preßwehen?
- sehr angenehm ( )
- angenehm ( )
- unangenehm ( )
- sehr unangenehm ( )
- entfällt ( )

4.5. Die technischen Geräte zur Geburtsüberwachung (Wehenschreiber, Aufzeichnung der kindl. Herztöne, Tropfenzähler) haben mich
- eher beruhigt ( )
- eher beunruhigt ( )
- habe ich nicht beachtet ( )

4.6. Wie empfanden Sie die Anwesenheit des Vaters (bzw. Vertrauensperson):
- hilfreich ( )
- weniger hilfreich ( )
- entfällt ( )

4.7. Gründe für die Anwesenheit des Vaters:
- Wunsch von Vater u. Mutter ( )
- Wunsch der Mutter ( )
- Wunsch des Vaters ( )

4.8. Gründe für die Abwesenheit des Vaters:
- Wunsch von Vater u. Mutter ( )
- Wunsch der Mutter ( )
- Wunsch des Vaters ( )
- durch äußere Umstände verhindert ( )

4.9. Wie empfanden Sie es, daß das Kind nach der Geburt sofort nackt auf ihren Bauch gelegt wurde?

sehr angenehm ( )
angenehm ( )
unangenehm ( )
sehr unangenehm ( )
entfällt ( )

4.10. Geben Sie eine Bewertung der Schmerzen während der Geburt:

gut zu ertragen ( )
weniger gut zu ertragen ( )
schlecht zu ertragen ( )
sehr schlecht zu ertragen ( )

4.11. Wie empfanden Sie die Atmosphäre im Kreißsaal?

sehr angenehm ( )
angenehm ( )
unangenehm ( )
sehr unangenehm ( )
entfällt ( )

4.12. Fühlten Sie sich während der Geburt allein gelassen?

ja ( )
nein ( )

4.13. Haben Sie Kritik am Verhalten von Arzt und Hebamme sowie am Geburtsverlauf?

ja ( )
nein ( )

Wenn ja, bitte genauer ausführen:

4.14. Wie empfanden Sie Rooming-in am Tag?

sehr angenehm ( )
angenehm ( )
unangenehm ( )
sehr unangenehm ( )
entfällt ( )

Wie empfanden Sie Rooming-in bei Tag und Nacht?

sehr angenehm ( )
angenehm ( )
unangenehm ( )
sehr unangenehm ( )
entfällt

4.15. Wie würden Sie Ihr Verhalten während der Geburt einschätzen?

a) ruhig ( )
etwas aufgeregt ( )
aufgeregt ( )
sehr aufgeregt ( )

b) entspannt ( )
etwas verkrampft ( )
verkrampft ( )
sehr verkrampft ( )

c) gelassen ( )
etwas angstvoll ( )
angstvoll ( )
sehr angstvoll ( )

5. Zukünftige Geburt

Wie würden Sie sich bei einer künftigen Geburt verhalten?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

5.1. Während der Eröffnungswehen würde ich

a) gerne im Kreißbett liegen ( )
b) lieber umhergehen und wechselnde Stellungen einnehmen ( )
c) unentschieden ( )

5.2. Zur Geburtseinleitung möchte ich,

a) daß die Fruchtblase eröffnet wird
ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

b) daß die Wehen mittels eines Wehentropfes verstärkt werden
ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

c) ich möchte, daß keine Maßnahmen zur künstlichen Geburtseinleitung vorgenommen werden, soweit dies medizinisch nicht erforderlich ist
ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

5.3. Bei einer künftigen Geburt möchte ich

a) weniger Schmerzmittel ( )
b) mehr Schmerzmittel ( )
c) unentschieden ( )
d) keine Schmerzmittel ( )
e) eine rückenmarksnahe Leitungsanästhesie (Periduralanästhesie) ( )

5.4. Während der Preßwehen möchte ich

a) im Kreißbett liegend entbinden ( )
b) im Gebärstuhl bzw. in hockender Stellung entbinden ( )
c) unentschieden ( )

5.5. Würden Sie bei einer künftigen Geburt soweit möglich, auf technische Überwachungsmethoden verzichten wollen?

ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

5.6. Soll bei einer künftigen Geburt der Vater anwesend sein?
ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

5.7. a) Soll das Kind unmittelbar nach der Geburt auf Ihren Bauch gelegt werden? ( )

b) Möchten Sie das Kind angezogen in den Arm gelegt bekommen? ( )

c) unentschieden ( )

5.8. Möchten Sie eine sanfte Geburt nach Leboyer durchführen?

ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

5.9. Möchten Sie bei einer künftigen Geburt gerne ambulant entbinden?

ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

5.10. Möchten Sie bei einer künftigen Geburt gerne zu Hause entbinden?

ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

5.11. Möchten Sie sich auf eine künftige Geburt besser vorbereiten?

ja ( )
nein ( )
unentschieden ( )

Bei Beantwortung mit "ja":

a) ich würde die Atemtechnik besser erlernen ( )

b) ich würde meine Lebensweise ändern ( )

c) ich würde mich besser informieren ( )

5.12. Würden Sie Rooming-in durchführen wollen

ja ( )
nein ( )

Bei Beantwortung mit "ja":

a) Rooming-in am Tag ( )

b) Rooming-in Tag und Nacht ( )

6. Persönliche Daten (bitte Zutreffendes ankreuzen)

6.1. Alter:	bis 20 Jahre	( )
	21 bis 25 Jahre	( )
	25 bis 30 Jahre	( )
	31 bis 35 Jahre	( )
	über 35 Jahre	( )
6.2. Familienstand:	verheiratet	( )
	ledig	( )
	geschieden	( )
	verwitwet	( )
6.3. Kinderzahl vor der Entbindung:		
	kein Kind	( )
	1 Kind	( )
	2 Kinder und mehr	( )
6.4. Schulbildung:	Hauptschule	( )
	Realschule	( )
	Gymnasium	( )
6.5. Berufsbildung:	keine Berufsausbildung	( )
	Lehre	( )
	Fachschulabschluß	( )
	Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluß	( )
6.6. Beschäftigung:	ungelernte Arbeiterin	( )
	Selbständige oder Gewerbetreibende	( )
	arbeitslos	( )
	Hausfrau	( )
	Facharbeiterin	( )
	Angestellte bzw. Beamtin	( )
	Landwirtin	( )

F R A G E B O G E N
(Teil II)

von Arzt/Hebamme auszufüllen

Name:

Krankenhaus:

Entbindungsdatum: Nummer:

Fragebogen Teil II (von Arzt/Hebamme auszufüllen)

Thema der Untersuchung:

Die Bedeutung moderner technischer und natürlicher geburtshilflicher Methoden im ländlichen Gebiet.

1. Behandlung von Mutter und Kind bei der Geburt:

1.1. Zur Geburtseinleitung werden durchgeführt:

a) Eröffnung der Fruchtblase ja ( ) nein ( )
b) Wehenstimulation mittels Infusion ja ( ) nein ( )
c) Verabreichung von Prostaglandin Supp. ja ( ) nein ( )
d) Programmierte Geburt ja ( ) nein ( )

1.2. Analgesie wurde erreicht durch

a) Spasmolytika (Supp. oder i.m. Injektion) ( )
b) Injektion eines Schmerzmittels ( )
c) Nervenblockaden am Muttermund (PCB, Pudendusanästhesie) ( )
d) Periduralanästhesie ( )
e) Infiltrationsanästhesie beim Dammschnitt ( )
f) Lachgasnarkose ( )
g) Vollnarkose ( )
h) Atemtechnik ( )
i) entfällt ( )

1.3. Es wurde eine operative Geburtsbeendigung vorgenommen durch

a) Episiotomie ( )
b) Vacuumextraktion ( )
c) Forceps ( )
d) Sectio caesarea ( )
e) entfällt ( )

1.4. Stillen:

a) die Mutter legt das Kind im Kreißsaal an ( )
b) die Mutter stillt ihr Kind erst auf Station, mehr als 2 Stunden post partum ( )
c) die Mutter stillt nicht ( )

1.5. Es wurde eine ambulante Entbindung vorgenommen ja ( ) nein ( )

2. Verhalten der Mutter während der Geburt:

(bitte ankreuzen, welcher der angeführten Eigenschaften das Verhalten der Frau am nächsten kommt)

a) ruhig ( )
etwas aufgeregt ( )
aufgeregt ( )
sehr aufgeregt ( )

b) entspannt ( )
etwas verkrampft ( )
verkrampft ( )
sehr verkrampft ( )

c) gelassen ( )
etwas angstvoll ( )
angstvoll ( )
sehr angstvoll ( )

DANKSAGUNG

Der Dank gilt allen, die mir beim Zustandekommen dieser Untersuchung in vielfacher Weise behilflich waren.

Herrn Professor Dr.med. E. Saling danke ich für die Hilfe bei der Eingrenzung und Formulierung des Themas und für die Beratung bei der Erstellung der Dissertation.

Frau Dr. K. Dech danke ich für die inhaltliche Beratung und Herrn Dr.Langner und Herrn Dr. Schmid - Institut für Perinatale Medizin - FU Berlin, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Herrn Dr. F. X. Schmid - Institut für medizinische Psychologie - Universität Regensburg, danke ich für die Beratung bei statistischen Fragen.

Herrn Diplomphysiker P. Dirnhofer danke ich für die elektronische Erfassung und Auswertung der ermittelten Daten.

Den Herren Dr. Dimpfl und Dr. Neudecker - Kreiskrankenhaus Cham - und Herrn Dr. Müller - Kreiskrankenhaus Roding -, sowie den Hebammen beider Krankenhäuser danke ich für die freundliche Unterstützung.

Auch den Patientinnen möchte ich danken, die sich Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens genommen haben.

LEBENSLAUF

Am 18.Oktober 1953 wurde ich, als Sohn des Diplomphysikers Dr.rer.nat Josef Deutsch und seiner Ehefrau Karin Deutsch geb. Starke, in München geboren.

Von 1959-1963 besuchte ich die Grundschule, von 1963-1972 das humanistische Ludwigsgymnasium in München, das ich mit dem Abitur abschloß.

Von 1972-1975 studierte ich an der Ludwig-Maximilians-Universität München Humanmedizin. 1975 wechselte ich an die Freie Universität Berlin, wo ich 1979 das Staatsexamen ablegte.

Das Praktische Jahr absolvierte ich am Krankenhaus Moabit in Berlin in der chirurgischen Abteilung, am Klinikum Westend in der inneren Abteilung und am Krankenhaus Spandau-Nord in der dermatologischen Abteilung.

Von 1979-1980 war ich am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau in der Abteilung für Anästhesie tätig.
Von 1981-1982 arbeitete ich am Kreiskrankenhaus Roding/ Oberpfalz in der chirurgischen und anästhesieologischen Abteilung.
Von 1982-1985 war ich am Kreiskrankenhaus Cham/Oberpfalz auf der Abteilung für Innere Medizin tätig.
Seit Oktober 1985 bin ich als Assistent in einer Landpraxis in Rötz/Oberpfalz beschäftigt.

Zum 1.7.1986 möchte ich mich als Arzt für Allgemeinmedizin in Wilting bei Cham niederlassen.

Seit 1977 bin ich mit Elisabeth Deutsch geb.Steinbauer verheiratet und habe zwei Kinder, die 1977 und 1979 geboren wurden.

Pemfling, April 1986

Stephan Deutsch

Papyrus-Druck GmbH Berlin ☎ 3416451
Dissertationen